

Durante la década de los noventa, las reformas a la seguridad social se han empezado a multiplicar en América Latina. Dos elementos centrales las caracterizan, la reforma del sistema de pensiones y el perseguir la instauración de sistemas nacionales de salud de carácter público y privado.

El presente es un trabajo de reflexión colectiva que analiza las características y las consecuencias previsibles de las reformas a la seguridad social en las dos vertientes señaladas, pensiones y salud. Se parte de la consideración que en el ámbito de la cobertura y de la equidad, la seguridad social de América Latina no ha podido cumplir con la universalidad y con el otorgamiento de beneficios aceptables para la mayoría de la población, pero se discute si las reformas que se están adoptando podrán responder con los objetivos básicos que definen a la seguridad social. En el tratamiento de las tendencias generales a las que aluden estas reformas, se destacan los análisis de los casos de México, Chile, Colombia y Guatemala.

Este libro ha sido coordinado por Berenice Ramírez López, investigadora titular del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Entre sus últimas publicaciones destacan *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, coordinado con Saúl Osorio y artículos que sobre el tema han aparecido en la revista *Momento económico* y en memorias de diversos diplomados de carácter nacional e internacional en los que participa como docente y conferencista.

En el presente volumen participan: Saúl Osorio, Juan Arancibia, Patricia Olave, Luisa Mussot, Carolina Tetelboin, Luis Gutiérrez, Leticia E. Treviño, Rocío Santoyo y Héctor Ogaz.



180 La seguridad social



9 789688 428818



dgapa



BERENICE P. RAMÍREZ LÓPEZ

Reformas y retos

La seguridad social

La seguridad social

Reformas y retos

BERENICE P. RAMÍREZ LÓPEZ
Coordinadora



dgapa



La seguridad social

Reformas y retos

BERENICE P. RAMÍREZ LÓPEZ
Coordinadora



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Dr. Francisco Barnés de Castro
Rector

Mtro. Xavier Cortés Rocha
Secretario General

Dr. Humberto Muñoz García
Coordinador de Humanidades



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS
Dra. Alicia Girón González
Directora

Dr. Fernando A. Noriega
Secretario Académico

Lic. Patricia Rodríguez López
Secretaria Técnica

María Dolores de la Peña
Jefa del Departamento de Ediciones



dgapa

Colección Jesús Silva Herzog



Prólogo

Álvaro Carranza Urriolagoitia*

América Latina enfrenta, en el contexto de la globalización, cambios profundos en las políticas económicas y sociales, tales como una mayor tecnificación de la producción, privatización, descentralización y la redefinición del papel del Estado y de la sociedad civil, entre otros procesos que crean un nuevo marco dentro del cual habrán de desenvolverse las políticas sociales en materia de seguridad social vigentes en un futuro cercano.

Por lo anterior, el Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social suscribieron un acuerdo de cooperación, con objeto de propiciar la diversidad de opiniones y de criterios que enriquezcan la toma de decisiones en el diseño de los modelos de seguridad social de los países americanos. Producto de este proceso de acuerdo y trabajo es este libro.

La seguridad social es uno de los medios para proteger a los miembros de la comunidad, garantizándoles condiciones de vida, de salud y trabajo para lograr mayor productividad y un mayor grado de bienestar físico y mental, y por tanto elevar su calidad de vida.

El origen, las finalidades y las funciones de la seguridad social en su concepto actual tuvieron como punto de partida el desarrollo económico, social y político asociado al proceso de la Revolución Industrial.

Los primeros planes con su concepción moderna aparecieron en Alemania durante el gobierno de Bismarck a finales del siglo pasado, buscando proteger a los trabajadores de posibles accidentes y enfermedades laborales, así como generar un patrimonio para el retiro. Actualmente el derecho a la seguridad social se garantiza en la carta magna o constitución política de casi todos los países.

En Europa la seguridad social se fortalece como una medida de protección a la población diezmada por las guerras mundiales, en

* Director del CIES.

Primera edición, febrero de 1999

© 1999
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS, UNAM
DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS
DEL PERSONAL ACADÉMICO, UNAM

© 1999
Por características tipográficas y de edición
MIGUEL ÁNGEL PORRÚA, librero-editor

Derechos reservados conforme a la ley
ISBN 968-842-881-7

IMPRESO EN MÉXICO
Amargura 4, San Ángel, Álvaro Obregón, 01000 México, D.F.



PRINTED IN MEXICO

tanto que en América nace como un instrumento de desarrollo social, aunque copia los modelos proteccionistas de Europa. La primera legislación americana sobre seguros sociales fue promulgada en Chile en 1924, y después de la recesión económica de 1929 se extendió a los demás países de América, hasta llegar en la actualidad a las instituciones de seguridad social donde los recursos que las financian constituyen una parte muy importante de la estructura social y económica de América Latina. Cada país tiene una o más instituciones de seguridad social que ofrecen por lo menos servicios básicos de atención a la salud para los asegurados y sus familias, jubilaciones y pensiones para trabajadores y sus sobrevivientes y asistencia social a población no contribuyente.

La crisis del modelo económico que afectó a los países latinoamericanos durante los años ochenta, en la llamada década perdida por la Comisión Económica para América Latina, generó una reestructuración profunda de las economías, las sociedades y el Estado. Las reformas a la seguridad social en América, mismas que surgen en Chile en 1980, tienen su origen en una diversidad de causas, tales como son:

- a) La globalización económica, donde las aportaciones a la seguridad social se consideran una carga a los costos de producción, en detrimento de la competencia en los mercados internacionales;
- b) los cambios demográficos y en el perfil epidemiológico de la población, caracterizados principalmente por el descenso en las tasas de crecimiento de la misma y un aumento en la esperanza de vida, lo que impacta la relación entre contribuyentes activos y pasivos;
- c) la recesión económica, cuyos efectos en el empleo –autoempleo, subempleo, desempleo e informalidad en el empleo– repercuten en el financiamiento de la seguridad social, así como los procesos inflacionarios que disminuyen los recursos reales disponibles;
- d) la presión social hacia la calidad y rentabilidad en la administración de los recursos de la seguridad social, situación en parte originada por las políticas restrictivas establecidas por los gobiernos de los países en materia de inversiones, los cuales han obligado a invertir los recursos de la seguridad social en instrumentos de deuda estatal como fuente de recursos para los gastos de cuenta corriente de los gobiernos y, en casos extremos, utilizados en el financiamiento de campañas políticas, y
- e) el desfinanciamiento de las instituciones, generado por la disminución de ingresos a causa del decremento en el empleo for-

mal y por tanto en el número de cotizantes al sistema, por la evasión y mora del sector patronal, así como porque en muchos países el Estado no paga como empleador. Por otra parte, los gastos se han incrementado en mayor proporción que los ingresos por el cambio de relación entre trabajadores activos y trabajadores pasivos de los sistemas, el otorgamiento de beneficios sin una contribución previa que se les corresponda y el uso de los fondos de la seguridad social para otros programas de los gobiernos en turno, por mencionar sólo algunas causas.

Si bien la principal motivación de las reformas tienen que ver con la viabilidad financiera de los regímenes, en el caso de los fondos de pensiones se ha enfatizado su posible contribución al fortalecimiento del ahorro interno, por lo que su reforma hacia modelos de capitalización individual tiene un origen económico, sin una evolución previa de orden ideológico o conceptual con una mayor participación del sector social.

Es de hacer notar que en los últimos 17 años son ocho países –Chile (1981), Perú (1993), Argentina (1994), Colombia (1994), Uruguay (1996), Bolivia (1997), El Salvador (1997) y México (1997)– los que, con diferentes variantes, han emprendido en América algún tipo de reforma a la seguridad social, basada en un modelo económico neoliberal que se caracteriza por la separación del Estado y la economía, por lo que la seguridad social asume los principios de una economía de mercado bajo cuatro principios de operación: administración privada de uno o varios de los servicios, libertad de elección del individuo entre entidades gestoras y cobertura de beneficios, descentralización de los programas de operación y función subsidiaria del Estado, ya que es supervisor del sistema y asume sólo aquellas funciones que los individuos no son capaces de emprender por sí mismos y que son necesarias desde el punto de vista social.

Este tipo de reforma implica un cambio de enfoque de los principios de la seguridad social, generándose el mayor debate en lo referente a la solidaridad intra e intergeneracional, la cual en los modelos actuales se considera como una abstracta solidaridad global de la sociedad, sujeta al beneficio económico que supuestamente conllevan estos modelos.

El proceso de la reforma ha estado sujeto a diversas contingencias, tales como son la presión permanente de las agencias internacionales –Banco Interamericano de Desarrollo, Fondo Monetario Internacional,

Banco Mundial- para establecer el modelo chileno en el resto de los países latinoamericanos, el debate enconado y la pugna de grupos políticos en los países con sistemas democráticos, la resistencia al cambio de las agrupaciones obreras, la desinformación y falta de conocimiento previo de diversos grupos sociales, la presión de los grandes prestatarios de servicios privados en la competencia por los nuevos mercados, el divorcio entre las leyes dictadas por los gobiernos en materia de reformas en salud, los currículos de las facultades de medicina de las universidades y las necesidades reales de los países, por mencionar algunas.

Lo señalado anteriormente impone la reflexión sobre la gran diferencia entre el debate americano y el europeo, este último centrado en encontrar estrategias para mantener las altas tasas del producto interno bruto destinadas a la seguridad social (en 1992 en Alemania 27.2 por ciento, España 25.5 por ciento, Francia 29.2 por ciento, Gran Bretaña 27.2 por ciento, Italia 29.6 por ciento, Suecia 40 por ciento).

A casi 20 años del inicio de la reforma a la seguridad social, los retos a enfrentar en materia de política social son muchos y de muy diversas índoles, que van desde la protección integral a la salud, la incorporación de los grupos hasta ahora sin cobertura -informales, pobres, indigentes, rurales, empleados domésticos-, la equidad en la distribución del ingreso, la calidad, eficacia y oportunidad en los servicios, el impulso a la pequeña y mediana empresa como estrategia para elevar el bienestar, hasta el incremento en capital humano de los países latinoamericanos vía programas de salud y educación, bajo la rectoría irremplazable del Estado.

Asimismo, existen grandes incertidumbres de difícil pronóstico como son el costo real de la transición entre los modelos de seguridad social, el impacto de los fondos de pensiones en el ahorro interno, el impacto de la crisis financiera asiática ocurrida a finales de 1997 en las economías latinoamericanas y la disponibilidad de fondos en el largo plazo para el pago de las obligaciones contraídas con los trabajadores/as.

En la diversidad de modelos existentes en Latinoamérica desde el modelo público cubano hasta el modelo privado chileno, existe una gran variedad de modelos mixtos, algunos ya reformados y otros con la intención de reformar. Esto nos lleva a reflexionar acerca de que la reforma no es un acto de moda, de la inutilidad de la reforma si está sustentada en modelos ajenos a las características específicas de cada país, a la necesidad de que los actores de la reforma sean capacitados e

independientes mentalmente, y a que el debate debe estar técnicamente sustentado.

Con base en esta reflexión se editó este libro, el cual amplía nuestro criterio dándonos diferentes enfoques del proceso de reforma a la seguridad social tanto en lo que se refiere a las pensiones por retiro, a la salud y a los riesgos de trabajo, como a la incorporación del sector informal de la economía, aportando nuevos conceptos al debate técnicamente sustentado.

La Universidad Nacional Autónoma de México y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social convertidos en foro de debate, pretenden por este medio contribuir al fortalecimiento de la seguridad social en beneficio de nuestros pueblos americanos.

I ntroducción

Berenice P. Ramírez
Juan Arancibia Córdova

Mirando retrospectivamente los cambios ocurridos en la región en las últimas dos décadas, lo que apreciamos en primer lugar es la aplicación de políticas económicas que bajo lineamientos distintos a los que se habían establecido en los últimos 50 años se orientaron prioritariamente a superar la crisis económica, pero modificando también las relaciones sociales, lo cual ha contribuido a una transformación sustancial de las sociedades latinoamericanas.

Los contenidos principales de estas políticas se dirigieron a abrir mayores espacios de participación al sector privado local e internacional mediante procesos de apertura comercial y financiera, privatizaciones de entidades estatales y paraestatales, desregulación de la economía y cambios en el carácter y las funciones del Estado.

El llevar a cabo estos cambios en un ambiente de políticas de ajuste y de estabilización fue dando forma y contenido a las reformas estructurales de corte neoliberal, identificadas así por el espacio preponderante que dan al mercado, por el tipo de política económica que se aplica y por los sustentos teóricos de economía neoclásica en los que se apoyan sus principios.

Abrir los mercados latinoamericanos al comercio y a las finanzas internacionales, realizar procesos privatizadores, desregular la economía y adecuar al Estado con nuevas funciones ha conducido a cambios en las formas de organización del capitalismo latinoamericano, así como en su inserción al mercado mundial y en sus relaciones externas.

Una vocación aperturista que pone énfasis en las exportaciones y en la captación de recursos externos y que ha dejado en un segundo plano al mercado interno se va asumiendo de manera creciente; ella supone utilizar parámetros internacionales de eficiencia, hacer una asignación adecuada de recursos, incrementar la calidad, pero todo esto en un mercado de trabajo restringido que no permite garantizar la

reproducción de la fuerza de trabajo vía el salario. Si a ello le sumamos la falta de capacitación actualizada que presentan los trabajadores latinoamericanos, lo que obtenemos por resultado es mayor desempleo, subempleo, informalidad, flexibilidad y competencia internacional apoyada en bajos niveles salariales; en realidad apoyada en pobreza.

Esta situación ha estado parcialmente condicionada por los efectos de la crisis y las dificultades para lograr una reactivación económica sostenida. Durante la década de los ochenta y la primera parte de los noventa el PIB per cápita no logró superar el decrecimiento ocasionado por la crisis de 1982. De 1980 a 1990 el PIB per cápita tuvo un comportamiento de -1.0 por ciento; entre 1991 y 1997 presentó un crecimiento del 1.8 por ciento y no es hasta 1997 cuando tanto el PIB como el PIB per cápita presentan la mejor tasa de crecimiento lograda en los últimos 25 años: 5.3 por ciento para el primero y 3.6 por ciento para el segundo.¹

Como parte del proceso de estabilización, las reformas estructurales se orientaron prioritariamente y durante los años ochenta a lograr los equilibrios macroeconómicos. La reforma comercial y financiera le dio prioridad a la apertura y liberalización; la monetaria, a estabilizar la inflación e impulsar al sector exportador, y la tributaria y los procesos de privatización a solucionar el déficit público, asegurando mayores espacios al sector privado y con ello al mercado como mecanismo dominante de conducción de la economía.

Estas reformas dieron por resultado estructuras económicas abiertas y redefinieron los espacios de actuación y las funciones del Estado. En esta dirección y con la finalidad de concluir el diseño de esas nuevas funciones, dos reformas denominadas de "segunda generación" empiezan a instrumentarse durante los años noventa, ambas referentes al ámbito del empleo: la reforma laboral y la de pensiones.

Al dejar el Estado de participar directamente en la conducción económica como empresario o mediante políticas fiscales y de inversión, y al tener que responder a la necesidad de mantener el equilibrio fiscal, tanto el diseño del gasto público como la política social se modifican. El "Estado benefactor a la latinoamericana" va cediendo espacios y responsabilidades que le pertenecían, mismos que van siendo asumidos y/o apropiados por el sector privado, y su gestión ocurre mediante relaciones de mercado.

En este contexto y considerando que la seguridad social latinoamericana se ha fincado en elevadas contribuciones, poca relación entre aportaciones y beneficios, reducida cobertura y obligaciones que desde la perspectiva de los gobiernos superan las contribuciones reunidas, así como con la advertencia de posibles quiebras financieras en el corto plazo, se están llevando a cabo las reformas a la seguridad social. Éstas se sustentan mediante el señalamiento de que por los cambios demográficos,² epidemiológicos, y ante la perspectiva del dinamismo del sector financiero, es posible otorgar mejores seguros previsionales a futuro si se introducen reformas orientadas a modificar la forma de administrar y de otorgar los beneficios.

La nueva situación genera riesgos, los cuales pueden derivarse de posibles "selecciones adversas" que procedan de la mercantilización de la política social.

Los riesgos podrían expresarse en la forma de otorgar el seguro de salud y en el comportamiento global del sistema de salud. Determinar el acceso a ésta por el nivel de ingreso puede profundizar la inequidad y la diferenciación social, así como dejar desamparados a los sectores de más riesgo de enfermedad: niños, ancianos, incapacitados y enfermos crónicos graves y de costoso tratamiento.

Por su parte, canalizar los seguros previsionales a la dinámica del sector financiero los hace partícipes (mediante un pago de parte de los trabajadores por el manejo de las cuentas individuales) de los beneficios de la rentabilidad financiera, pero también del riesgo que ello conlleva.

Si bien las características de las reformas son principalmente financieras, los objetivos, orientaciones y posibles implicaciones afectan el otorgamiento de las prestaciones sociales y de la atención médica, y alteran las características de la política social al introducir una nueva filosofía: la del individualismo. También modifican la orientación del gasto público, ya que en su afán de captar mayores recursos para el ahorro interno promueven mediante este esquema de ahorro forzoso el ahorro privado, mismo que al ser administrado por el sector financiero expande a éste pero a costa de los ingresos de los trabajadores y del desahorro en el sector público. El desahorro tiene su origen en la carga fiscal que implica el traslado de recursos que tiene que hacer el sistema público al privado en la etapa de la transición de los

¹ CEPAL, *Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe*, ONU, Santiago, 1997.

² Disminución de la tasa de natalidad y envejecimiento de la población.

dos modelos y porque en muchas de las reformas que se han dado en América Latina el Estado se compromete en diversos grados a garantizar mediante una pensión mínima algunos de los riesgos que muy probables fallas del mercado puedan provocar.

El caracterizar estas reformas e introducirlas en el contexto de las reformas estructurales por las que la región ha pasado y centrar la atención en los efectos que la nueva forma de administrar y de otorgar los beneficios del seguro de salud y de previsión muestran, constituyen los puntos de referencia del conjunto de trabajos que aquí presentamos.

Éste es el segundo volumen resultado de un esfuerzo colectivo apoyado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico dentro de su Programa de Apoyo a la Investigación e Innovación Tecnológicas. Los primeros resultados fueron editados en el libro *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*.

En un ambiente de pluralidad se recogen los trabajos de diversos investigadores que abordan los cambios fundamentales de las reformas, las nuevas relaciones que se establecen entre el mercado y el Estado y las actuales funciones de éste, así como la evaluación de los resultados hasta el momento obtenidos en los casos concretos de México, Chile y Colombia.

Los ejes de análisis sobre los que aquí se investiga y reflexiona muestran el carácter reciente de las reformas, la discusión no acabada de las mismas y la necesidad de abrir o reabrir, según sea el caso, los debates nacionales sobre el tema. Por eso hemos considerado necesario contribuir con el planteamiento de alternativas, haciendo énfasis en resultados no contemplados y plantear adecuaciones a las reformas para evitar distorsiones financieras, inseguridad y riesgo para los trabajadores, así como cargas fiscales excesivas. Una parte de los autores considera necesario introducir nuevos mecanismos y reglamentaciones, así como un serio compromiso del Estado para garantizar la universalidad. Otros llegan a la conclusión de que para tener mejores sistemas de seguridad social y para que realmente puedan cumplirse sus objetivos es necesario que se asienten sobre otro modelo económico que incorpore en sus principios esta orientación.

En el primer artículo, denominado "Tendencias y perspectivas del proceso de reforma de la seguridad social en América Latina", Juan Arancibia Córdova y Berenice Ramírez realizan un recuento de los aspectos que han determinado las reformas económicas, las del Estado y las de la seguridad social. A partir de la descripción de las características de

éstas y centrar la atención en ubicar los elementos comunes y los que son distintos de las ya llevadas a cabo en Chile, Perú, Colombia, Uruguay, México y El Salvador, los autores analizan las principales características de las reformas pensionales y de las reformas a la salud. Sitúan sus resultados, tendencias y límites para concluir en lo que serían temas pendientes sobre política social, gasto público y seguridad social.

Carolina Tetelboin Henrion, en su artículo "¿Alternativas en seguridad social?", reflexiona acerca de las características y de los efectos de la crisis del Estado benefactor y establece y discute los modelos de protección social que han sido parte de la historia del Estado moderno. Va demostrando que los modelos de protección en boga no superan las características y los problemas de los sistemas anteriores, ya que subsisten y se incrementan los problemas de inequidad y falta de cobertura; interesada en ubicar los aspectos que pudieran articular un modelo de protección e interés social concluye señalando los supuestos que éste debiera contener.

Continuando con la reflexión acerca de las características de las reformas pensionales, Luis Gutiérrez Urdaneta en su artículo "La reforma pensional en América Latina. Apuntes para la crítica desde la izquierda", hace una reflexión global acerca de las características de esta reforma, de la ambigüedad de sus propuestas y posibles soluciones, así como de los alcances que pueden deducirse. Para apoyar sus argumentaciones toma como principal referencia el caso chileno.

Por su parte, y entrando al análisis de los efectos de las reformas de 1995 del IMSS, María Luisa Mussot en "Hacia una alternativa de reforma al seguro de enfermedad y maternidad del IMSS" reflexiona sobre los resultados que pudieran tener los cambios que se realizaron a este seguro. A partir de analizar el nuevo esquema de cotizaciones sitúa los puntos neurálgicos que pudieran obstaculizar los objetivos que se dice perseguir: refinanciamiento del ramo, ampliación de la cobertura y recalificación de los servicios. Señala dónde se observan estos riesgos y concluye haciendo mención de los requerimientos que a partir de una política de Estado evitarían caer en las debilidades anunciadas.

Una de las reformas a la seguridad social que se discuten con mayor énfasis en el contexto latinoamericano es la colombiana, principalmente porque los principios que impulsaron la reforma están contenidos en la nueva Constitución de 1991 y porque intentan establecer un sistema integral de amplia participación tanto del sector

público como del privado y del social. Con el estudio "El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?", Jairo Humberto Restrepo Zea realiza un análisis acerca de las características de la reforma a la salud en Colombia, exponiendo sus contenidos así como los resultados que hasta el momento se han obtenido.

Siguiendo la misma reflexión acerca de los contenidos de las reformas de salud, Patricia Olave en su artículo "Privatización, bienestar y equidad: el caso de la reforma de salud en Chile", precisa las características y alcances de la reforma mediante una evaluación de los niveles de bienestar y equidad en la población chilena, finalizando con la ubicación de los obstáculos sociales, económicos y políticos que como resultado de este tipo de reformas tendrá que enfrentar la población chilena en los próximos años.

Abordando el caso de México, en su artículo "Una mirada al sistema de pensiones privado: el SAR y la industria financiera de las Afore", Odilia Ulloa Padilla analiza las características e implicaciones financieras de estas administradoras. Sistematiza las principales reglamentaciones y sus repercusiones; ubica las modalidades con las que están operando y los aspectos que seguirán siendo tema de discusión y debate en el ámbito de las políticas económica, fiscal y monetaria, así como de la regulación financiera.

Tomando también como objeto de análisis a las Afores, Leticia Felicidad Treviño Saucedo ubica en su artículo "Las Afores y el mercado financiero: retos y estrategias de inversión", la participación de éstas en un mercado financiero que presenta debilidades e irregularidades. Su principal preocupación es determinar los retos que enfrentan las Afores y las posibles estrategias de inversión que más les convendrían y que pudieran completar el círculo virtuoso de ahorro-inversión.

Uno de los aspectos vinculados con los seguros previsionales es el seguro de riesgos de trabajo. Reflexionando en torno a éste en su artículo "La reforma del seguro de riesgos de trabajo en México", Rocío Santoyo-Vistrain y Héctor Ogaz Pierce nos hacen el recuento de sus características, de las nuevas modalidades para su cálculo y ubican las clases de riesgos y las primas que el empleador debe cubrir. Concluyen con una evaluación que muestra la fortaleza, las debilidades y las recomendaciones que pudieran seguirse para el mejoramiento de este seguro.

Como hemos señalado, las reformas pensionales se constituyen en temas de agenda a realizar como parte de las reformas estructurales. Analizando el caso concreto de Guatemala, Saúl Osorio Paz nos presenta en su artículo "Apreciaciones generales sobre las reformas al sis-

tema de pensiones en Guatemala" una reflexión global sobre las implicaciones que la reforma planteada en ese país, tendrían para el gasto público y para la sociedad guatemalteca.

Un aspecto de sumo interés y que ha sido puesto en la mesa de discusión desde nuestro libro anterior es el hecho de que las reformas se orientan a un porcentaje mínimo de la población latinoamericana, ya que una de las características del seguro social en la región es su baja cobertura. Atendiendo a esa realidad y sus manifestaciones, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), subsele en México, nos presenta el artículo "Los sistemas informales de seguridad social: experiencias en México y el istmo centroamericano". En él ubican los alcances que pudieran tener la inclusión de programas sociales manejados y/o desarrollados por la sociedad civil, las redes informales de seguridad social y los sistemas de ahorro y crédito popular en la conformación de un modelo de seguridad social integral.

Indudablemente que el debate seguirá por muchos años, en parte porque son reformas cuyos primeros resultados se verán en el mediano y largo plazo. Pero situaciones relacionadas con la posible formación de monopolios, competencia desleal entre administradoras de fondos, variaciones de rentabilidad, problemas de cálculo y posible desfinanciamiento en los otros seguros serán parte de una evaluación permanente. Además, al depender sus resultados del comportamiento macroeconómico, cuestiones como el comportamiento del empleo, el manejo de la informalidad, la introducción de las políticas de inversión y no sólo de ahorro, serán parte de frecuentes diagnósticos y de reflexión continua.

Agradecemos el apoyo recibido por la DGAPA, el convenio con el CIES y el apoyo de las autoridades de nuestra Institución. Asimismo agradecemos al equipo de investigadores que trabajó en este proyecto y a los que se fueron sumando en el camino. Ello permitió que esta reflexión colectiva tuviera elementos interdisciplinarios y multi-institucionales.

Nuestra primera coincidencia fue la de sentarnos a trabajar en temas comunes y el comprender su importancia para el buen desempeño de nuestras sociedades. Quedan abiertas muchas líneas de investigación que forman parte del actual debate académico y político.

Tendencias y perspectivas del proceso de reforma de la seguridad social en América Latina

Juan Arancibia Córdova
y Berenice P. Ramírez

● Introducción

Uno de los procesos que se extiende por América Latina es el relacionado con las reformas a la seguridad social, mismo que ya se ha dado en Chile, Argentina, Uruguay, Perú, Bolivia, Colombia, El Salvador y México, y está en estudio en otros países más.

El proceso de reforma de la seguridad social no ocurre aisladamente, es parte de uno mucho más amplio de reformas estructurales que se realiza bajo el paraguas del llamado ajuste estructural en el contexto y dominación de la ideología neoliberal y de la globalización.

Pero la propia globalización es una respuesta a la crisis del proceso de acumulación de capital a nivel mundial. Proceso que desde fines de la segunda guerra mundial había tenido como palanca fundamental al Estado. Es quizás por eso por lo que la crisis aparece como una *crisis fiscal*, y cuando el pensamiento conservador intenta explicar la crisis lo hace cargándole la responsabilidad al Estado y a sus manejadores (los políticos populistas) y también por eso las políticas de ajuste estructural tendrán como centro la reforma del Estado (incluida en ella la propia privatización). El otro aspecto básico de la arremetida neoliberal será el espacio nacional económico, donde también el Estado había desempeñado un papel clave por la vía del proteccionismo, el subsidio y otras formas de apoyo al desarrollo del capitalismo. En este caso la propuesta de salida será la eliminación de lo nacional y su remplazo por lo global y lo local y/o regional, dentro de las "antiguas" economías nacionales. También lo privado se presenta como un remplazo de lo nacional, que históricamente estuvo profundamente asociado en América Latina a lo estatal-público.

La propuesta de solución de la crisis debe ser caracterizada como una profundización y ampliación de la economía de mercado y del sis-

tema capitalista. El derrumbe del socialismo real y la crisis del Estado de bienestar abren el camino a esta salida. Pero para que pueda tener éxito y representar una solución se requiere de una crisis y una propuesta sistémica es decir, que el proceso no sólo se mueve en el orden de la economía, sino también de la ideología, de la política y de los elementos culturales asociados a la reproducción del sistema.

La crisis paralela ocurrida en los sistemas capitalista y socialista es un hecho que no llamó suficientemente la atención de los analistas y creemos que esto tiene su explicación. Los epígonos del capitalismo no ven crisis alguna en este sistema, sólo ven una crisis de algo que han llamado *mercantilismo*,¹ que sería distinto de la economía de mercado y una distorsión de ésta; algunos de estos epígonos ni siquiera reconocen la existencia de un sistema capitalista. El pensamiento de izquierda, en especial su ala más ortodoxa, tampoco quiere ver esta relación. Asumirla significaría reconocer que estos dos sistemas tenían significativos puntos en común. En especial interesa destacar el papel central concedido al Estado en los dos sistemas, siendo paradójicamente el socialista la expresión probablemente más alta del Estado de bienestar (no necesariamente en lo material). Otro punto de contacto que parece fundamental se refiere a la tecnología, a los procesos de trabajo y a la concepción del progreso, entendido básicamente como crecimiento del mundo material.

La salida de la prolongada crisis capitalista de carácter estructural no podía ocurrir sin contar con los elementos de soporte necesarios. La ideología neoliberal, la llamada revolución neoconservadora, proveyó de los fundamentos ideológicos de la reestructuración –la tercera revolución científico-técnica le dio los fundamentos de este orden–, y la derrota de los partidos socialdemócratas y el derrumbe del socialismo real crearon las condiciones políticas.

La crítica neoconservadora ha sido tan radical que caracteriza a las décadas que van desde 1930 –pero especialmente al periodo de la segunda posguerra mundial, que están marcadas por el intervencionismo estatal y doctrinalmente por el keynesianismo– como de error, como de desviación del camino, como de la no existencia de un sistema capitalista; lo que había, según esta postura, era mercantilismo, pero no sólo visto en su concepción tradicional o simple, vinculada a la riqueza obtenida a través del intercambio comercial favorable, sino a la

¹Se supone que están haciendo alusión a la política económica desarrollada en Francia por el ministro Colbert y que suponía un fuerte apoyo del Estado al desarrollo de la producción en ese país, especialmente de la manufacturera.

existencia de un sistema donde el Estado asume un papel dinámico y de conductor del desarrollo empresarial privado. Por esto y por el papel desempeñado por el Estado en el socialismo real es por lo que se han enderezado contra éste sus críticas más violentas y por ello la reforma del Estado ocupa un lugar tan destacado en el ideario y en el quehacer de los gobiernos neoliberales, así como en las propuestas y exigencias de los organismos internacionales (BM, FMI).

Es en este contexto jibarizador del Estado y privatizador en el que queda inscrita la reforma de la seguridad social, por ello la propuesta de los neoliberales sólo utiliza como justificación la existencia de futuros déficit actuariales o de actuales subsidios fiscales. Con déficit o sin déficit la idea es privatizar. Es lo mismo que ocurrió con la privatización de las empresas “productivas” del Estado. Al inicio el argumento fue el déficit y posteriormente se avanzó sobre las empresas rentables (por ejemplo, telefónicas); en definitiva el argumento es que el Estado es mal empresario y no le corresponde entrometerse en el espacio de la empresa privada. ¿Cuál es el espacio de la empresa privada? Aparentemente todo menos las fuerzas armadas, la administración de justicia y parcialmente el cuidado del orden público. Esto hace que el empresario aparezca y se comporte como el sujeto social y político más importante de este tipo de sociedad.

Dado el punto de partida ideológico de la reforma, la discusión sobre déficit o superávit actuales y/o actuariales es importante pero no definitiva para la posición neoliberal, puesto que el Estado es mal empresario por antonomasia y el empresario privado es eficiente por lo mismo; se trata de un asunto vinculado a la sustancia, al ser y no al quehacer, y por lo tanto está fuera de toda discusión argumental y linda con el espacio de la fe, de la creencia. Situado el contexto de la reforma podemos entrar a su análisis y a otros puntos que le son concomitantes.

● La crisis económica de América Latina

La crisis de la deuda externa de América Latina precipitó la crisis del modelo de acumulación de capital centrado en el proceso de industrialización por sustitución de importaciones. El modelo era altamente dependiente de las importaciones de bienes de capital e insumos y no tenía “vocación” exportadora, por lo que las divisas debían provenir de las exportaciones tradicionales de carácter primario, mismas que crecían más lentamente, como valor, que las importaciones nece-

sarias y había claramente la tendencia al surgimiento del déficit comercial. La capacidad para importar estaba reforzada por las inversiones extranjeras directas y especialmente en la segunda mitad de los años setenta e inicios de los ochenta por un acelerado y poco razonable endeudamiento externo.

El endeudamiento externo prolongó la vida del modelo pero hizo también más dura la crisis posterior; en efecto, desatada la crisis de la deuda, no sólo faltarían las divisas para hacer funcionar la economía sino que las escasas disponibles tendrían que destinarse a su servicio, con lo cual el flujo neto de capitales invertiría su tendencia y empezaríamos a realizar transferencias netas al resto del mundo; léase a los grandes bancos de los países desarrollados que eran nuestros acreedores principales.

Los estados tuvieron que hacerse responsables de la deuda externa no sólo propia, sino también de la privada; debieron convertirse en garantes y/o nacionalizarla y empezar a pagarla. Para pagar fue necesario recortar los gastos sociales, de inversión y los salarios de los trabajadores del sector público. Pero la crisis generó en los países procesos devaluatorios violentos en el contexto de las llamadas políticas de estabilización, que implicaron acelerar la inestabilidad para poder luego resolverla, según la justificación de los gobiernos. El costo lo pagaron básicamente los trabajadores vía la inflación y la contención de los ajustes salariales, y con ello se provocó la caída de los salarios reales a lo cual hubo que agregar la pérdida de empleos. También pagaron al Estado a través de la caída de sus ingresos y de su capacidad de acción recortada los empresarios de distinto tamaño vinculados al abastecimiento de empuñados mercados internos. La vía fundamental de la estabilización fue la restricción de demanda y su consecuencia la recesión y la crisis.

El Estado, para financiar sus necesidades, buscó en el mercado interno de capitales su abastecimiento y se empezó a generar un endeudamiento interno sumamente oneroso por las altas tasas de interés que se debió pagar y mantener en el tiempo; en algunos países este endeudamiento se ha transformado en un grave problema. Las devaluaciones y las altas tasas de interés impidieron durante muchos años la baja de la inflación. El regreso de los capitales extranjeros hacia inicios de los noventa, pero ahora como capital especulativo de corto plazo, coadyuvó a mantener tasas de interés demasiado altas como para que se pudieran garantizar inflaciones bajas y procesos de inversión productiva acordes con las necesidades de crecimiento. A pesar de lo anterior,

estos capitales aparecen hoy como necesarios para importar, servir deuda y constituir suficientes reservas internacionales.

Como puede verse en el anexo estadístico, la crisis afectó al crecimiento del producto, al ahorro y a la inversión, pero especialmente y en dirección a lo que nos interesa, creó graves problemas en el mundo ~~del~~ trabajo y con ello a la seguridad social. En realidad la afectación provino no sólo de la crisis sino también de las políticas para resolverla, aunque esta diferenciación no tiene sentido para un neoliberal, pues él señalaría que las políticas económicas ejecutadas eran las únicas posibles; no había alternativa.

● La crisis y la seguridad social

Como es ampliamente sabido, los sistemas de seguridad social están financiados de manera básica y general por cuotas, las cuales son porcentajes sobre el salario y/o los ingresos (si se trata de contribuyentes no asalariados). Las cuotas son pagadas por trabajadores, empleadores, y en algunos casos existe algún tipo de aportación estatal. Después de la reforma, las aportaciones de los empleadores han disminuido y la aportación estatal en el caso de México ha aumentado.

La crisis económica que se manifiesta durante los ochenta en América Latina y las políticas de ajuste estructural y estabilización llevadas a cabo para resolverla impactaron severamente sobre los soportes de la seguridad social, de manera que aceleraron y/o precipitaron situaciones de crisis y tendencias a la crisis financiera de los sistemas. A principios de los años noventa las instituciones de seguridad social anunciaban disminución de reservas actuariales y posibilidades de insolvencia que en algunos casos ocurrirían en el corto plazo.

Es necesario sin embargo precisar que la crisis de los años ochenta no ha sido la única causa que explica las dificultades de la seguridad social en la actualidad; también intervinieron otros factores, tales como: la jubilación con pocos años de contribución, las políticas de préstamos a tasas de interés negativas, la inversión obligada en bonos estatales de bajo, nulo y aun negativo interés, la evasión y la mora de los patrones, el no pago del Estado de su parte como empleador, la inversión o uso de los fondos para otras tareas ligadas a la seguridad social (construcciones), la disminución de la relación entre contribuyentes pasivos y activos, el alargamiento de la esperanza de vida y por lo tanto del periodo como jubilados y el crecimiento de los costos administrativos.

A pesar de lo señalado, sin duda la crisis económica y las "soluciones" afectaron y siguen afectando la salud financiera y el futuro de la seguridad social. A esto se agregó el fenómeno de la globalización, que si bien es parte de la salida de la crisis, por su importancia amerita mención aparte. Básicamente el proceso ocurriría así:

-La crisis induce al Estado a adoptar políticas restrictivas de su gasto, lo que se traduce en menos demanda en la economía, además de que también genera ese efecto al contener el crecimiento de los salarios reales, en particular el de los trabajadores del sector público, y al reducir su personal bajo diversas modalidades (despidos, retiro voluntario, jubilación anticipada, etc.), todo lo cual genera desempleo directo (véanse anexos 1, 2 y 3).

-Los empresarios enfrentados a la situación restrictiva detienen los procesos de inversión y disminuyen la producción, con lo cual generan desempleo. Además un número importante entra en quiebra y cierran las empresas. También disminuyen los salarios reales contratando trabajadores por menores salarios y renegociando a favor de los empleadores los contratos colectivos.

-En muchos países el Estado adopta políticas de control de salarios y liberación de precios. Los reajustes salariales tienden a regirse por la inflación esperada y no por la pasada. La idea final es tener precios internacionales con salarios nacionales (véase anexo 3).

-El fenómeno recesivo, generado por la contracción de demanda por diversas vías, incrementa el desempleo estructural de la economía latinoamericana.

-En la medida que hay despidos y no se crean nuevas fuentes de trabajo, además de que no existe seguro de desempleo, crece el autoempleo, el subempleo y la informalidad.

En un sistema de seguridad social financiado por cuotas, fenómenos como la baja de los salarios, el desempleo y subempleo y la ampliación de la informalidad necesariamente le generan crisis financiera al sistema. Si a ello agregamos las dificultades económicas de los empresarios que los empujan a la evasión y a la mora, así como la inutilidad de las medidas requisatorias de empresas en un periodo de crisis, más la insolvencia del Estado, el cuadro de deterioro parece completo. En los ochenta disminuye el número de afiliados y crecen las necesidades de los que permanecen en el sistema.

La globalización, que supone la construcción de un espacio único y homogéneo para la circulación y acumulación del capital a escala planetaria, contribuye de manera importante a la crisis, especialmente en el periodo más reciente. En efecto, casi la única posibilidad que tiene la mayoría de los países de América Latina en la competencia global es hacerlo mediante bajos salarios y en general deteriorando el conjunto de la remuneración al trabajo. Para facilitar el proceso se restringe o anula en la práctica la actividad sindical, como un mecanismo adicional a la inflación para bajar los salarios y disminuir otras prestaciones. El desempleo y las posibilidades de quiebra de las empresas hacen que los trabajadores miren más por la conservación del puesto de trabajo que por las condiciones del mismo (salario incluido). De hecho, la globalización parece empujar hacia la evasión, la contratación por periodos cortos para evitar asumir la seguridad social, la subcontratación y con ello la evasión por parte de las pequeñas empresas subcontratadas y en general hacia la informalidad.

De acuerdo con los estudios hechos por la OIT en América Latina, después de la crisis de 1982 de cada diez nuevos puestos de trabajo ocho se han creado en el sector informal y la pequeña empresa, pues ninguno de estos dos espacios tiene posibilidades y/o quiere cotizar a la seguridad social, además de que aunque lo hicieran igualmente se afectarían los ingresos de ésta, ya que los ingresos de estos trabajadores están en los escalones más bajos del mercado de trabajo y por lo tanto las cuotas que pagarían serían mínimas, como sus salarios y/o ingresos.

La globalización ha obligado a algunos sectores de las economías de la región, en particular los vinculados a la exportación, a reconvertirse tecnológicamente para continuar con vida en la competencia. Pero no sólo es la tecnología, también los procesos de administración han tenido que reconvertirse, y normalmente tanto las reconversiones tecnológicas como las reingenierías, terminan en disminución de personal.

Por su parte, las inversiones extranjeras vistas como la gran panacea de esta etapa son intensivas en capital, con excepción de la maquila, y crean pocos puestos de trabajo y con ello pocos afiliados al sistema. Además, parte de la inversión extranjera que ha llegado en el periodo de las privatizaciones lo ha hecho para comprar empresas ya existentes,² por lo que no ha creado nuevos puestos de trabajo sino, por el

²Entre 1990 y 1995 se privatizaron 691 empresas con un valor pagado de 62 703 millones de dólares.

contrario, los ha disminuido por la vía de la racionalización de los procesos y la reconversión tecnológica.

El llamado costo social del ajuste ha creado millones de nuevos pobres en América Latina (véase el anexo estadístico), ha tenido un profundo impacto sobre las finanzas de los sistemas de seguridad social existentes, mientras que la globalización y las reformas estructurales que la acompañan han golpeado severamente el futuro de la seguridad social conocida y casi la hacen inviable; en particular nos referimos a una seguridad social de tipo bismarckiano dirigida a los trabajadores asalariados y financiada con cuotas.

Dictaduras militares y civiles y/o gobiernos autoritarios como en Chile, Perú, Argentina y México han llevado adelante procesos de reforma de la seguridad social. Los más radicales de ellos son los protagonizados por la dictadura de Pinochet en Chile y el de la llamada "dictadura perfecta" del PRI en México. El más ortodoxo y apegado a la doctrina neoliberal es sin duda el de Chile.

● Reformas a la seguridad social en América Latina

Las reformas a la seguridad social en América Latina se han orientado principalmente por modificar las formas de financiamiento y el otorgamiento de los beneficios de los *seguros sociales*. Mediante el supuesto de una mejor asignación de recursos y de responder a los actuales o futuros déficit actuariales, las reformas se orientan prioritariamente a reestructurar a los seguros sociales, es decir a la atención médico/hospitalaria, a las pensiones por vejez, invalidez y muerte, y a las prestaciones monetarias que se generen por riesgos de trabajo, enfermedad o maternidad y en algunos casos a prestaciones de guarderías para infantes y actividades de esparcimiento.

La asistencia social, los programas públicos de cuidado a la salud y las asignaciones familiares que son parte de la seguridad social se han visto afectados en tanto se ha modificado la política social del Estado. Un Estado adelgazado, con funciones distintas a las de la etapa de la sustitución de importaciones, cambia sus orientaciones y énfasis transformando a la seguridad social en un ámbito que al introducir más decididamente la actuación del mercado pareciera jerarquizar de acuerdo con el nivel de ingreso de los habitantes de un país las posibilidades de beneficiarse de los seguros sociales, así como introduce desde una perspectiva del interés y la elección individual y no como obligación estatal la protección a la seguridad social, estableciendo principalmente políticas de asistencia social para los más desfavorecidos.

De esta manera, las reformas a la seguridad social se han orientado principalmente a modificar las formas de financiamiento, y en la relación aportación/beneficios han introducido la individualización de las cuentas, su administración por el sector privado, los aportes definidos, la elección individual y la rentabilidad incierta.

Todo ello orientado a mantener los equilibrios macroeconómicos y a perseguir el saneamiento financiero fiscal.

La preocupación por la insolvencia en el corto plazo de los sistemas de pensiones y las reformas introducidas al financiamiento y al otorgamiento de beneficios van teniendo resultados que en el corto plazo pudieran repercutir en las finanzas y comportamiento de los otros seguros. Por ejemplo, el seguro de salud-enfermedad podría verse afectado al dejar de recibir los ingresos que anteriormente se le canalizaban de los recursos provenientes de los seguros previsionales. Si no hay recursos adicionales, ello podría tener efectos en la infraestructura hospitalaria y en el otorgamiento de los servicios médicos. En México, en las últimas semanas se ha observado desabasto de medicamentos.

Saneamiento financiero, mayor calidad y servicios mejores y más competitivos se han transformado en los objetivos que señalan las reformas. De las que se han aprobado hasta el momento en la región, destacan dos aspectos principales. Por una parte, el que en la administración de los recursos y otorgamiento de los beneficios se introduzca al sector privado y en particular se involucre al sistema financiero nacional e internacional, y por otra, en las reformas a la salud lo que se pretende es impulsar mediante la estructuración del sistema nacional de salud la coordinación de los servicios que otorgan el sector público, el privado y aquellos que, producto de la organización de la sociedad, se orienten por otorgar estos servicios.

Como ya señalamos, las reformas a la seguridad social son parte de un conjunto de reformas que encaminan a los sistemas a la privatización y a la globalización. En su informe de 1996 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 1996)³ las incluye en un conjunto de siete procesos de reforma estructural en curso en la región, y por lo tanto las razones de la misma no pueden ser aisladas de esa totalidad so pena de incurrir en un análisis parcial y eventualmente falso.

Los argumentos fundamentales esgrimidos por los partidarios de realizar la reforma están ligados a:

³ Banco Interamericano de Desarrollo, *Progreso económico y social en América Latina*, Washington, noviembre de 1996.

- El déficit financiero actual y potencial (actuarial) de los sistemas, especialmente los sistemas maduros del Cono Sur y la imposibilidad de seguir elevando la cotización. La crisis se manifiesta especialmente en los sistemas pensionales de reparto simple y en menor grado en los de prima media escalonada.
- La ineficiencia de los sistemas, que se expresaría en mala calidad de los servicios y costos administrativos crecientes.
- La dificultad para ampliar una cobertura escasa en una gran cantidad de países y mucho menos alcanzar la universalización.
- La heterogeneidad, inequidad y desarticulación de los diversos sistemas existentes en cada país.
- La necesidad de contar con una fuente alternativa, segura y de largo plazo para la generación de ahorro interno y fortalecer los mercados de capitales, en particular las bolsas de valores. Este argumento ha estado especialmente y de manera explícita presente en la reforma mexicana, pero también lo estuvo en procesos anteriores y aparece con fuerza en los países donde ahora se realizan estudios para implantarla.

La inviabilidad financiera tendría distintas causas que los reformadores atribuyen a cuestiones como las siguientes:

- Desequilibrio entre beneficios otorgados y contribuciones recibidas, lo cual lleva a que no haya un marcado interés por cumplir con las obligaciones.
- Inadecuado manejo administrativo y financiero de las entidades de seguridad social.
- Manejo político de la seguridad social, sometiéndola a cargas que no puede soportar para pagar favores electorales o por concepciones populistas.
- Cambio en la estructura de edades de los afiliados, lo que ha llevado a que se produzca una relación decreciente entre trabajadores activos/pasivos. Esto está vinculado a: maduración de los sistemas, incremento de la esperanza de vida y menor creación de empleo formal; sin duda la maduración de los sistemas es la razón fundamental.
- Se exigen pocos años de cotización para jubilar; la edad de jubilación dejó de corresponder a una esperanza de vida alargada y las tasas de reemplazo serían muy generosas.

La primera reforma ocurre en Chile, la legislación se aprueba (decreto-ley presidencial en régimen dictatorial) entre 1979-1980 y entra en vigor en mayo de 1981. Esta reforma, que es la más radical y ortodoxa, ha intentado ser presentada como el paradigma a ser imitado en toda la región y tal vez en el mundo. Es una reforma que introduce cambios orientados a la privatización tanto en el ámbito de la salud como de las pensiones. En realidad no existe otra reforma que tenga las mismas características en el continente, aunque según algunos de sus epígonos (chilenos) a la larga todos deberán avanzar hacia el mismo tipo de reforma pues las mezclas no darán resultado.

Pasará más de una década para que otros países de América Latina se aboquen a la tarea de reformar sus sistemas. Tomando en cuenta lo anterior puede decirse que las reformas a la seguridad social, y en particular la pensional, son parte de un proceso que involucra a toda la región en los años noventa.

● La reforma pensional

Mecanismos centrales de las reformas han sido la introducción de procesos de privatización, la creación de mecanismos de competencia, la vinculación (potencial) estrecha entre contribuciones y beneficios (aunque lo único seguro hasta ahora son las contribuciones y los beneficios son cuando menos inciertos en su monto) y la introducción de mecanismos de capitalización individual que rompen con los anteriores esquemas de solidaridad intergeneracional.

En el cuadro 1, se hizo una comparación⁴ entre las reformas pensionales de distintos países, tomando en cuenta los componentes que se consideran más relevantes:

De la comparación entre los ocho casos interesa destacar algunos elementos en particular:

1. El sistema antiguo se cierra sólo en la mitad de los países analizados, en tres se reforma y en uno se mantiene igual.
2. Los sistemas de Argentina, Chile y Uruguay tienen cobertura del 80 por ciento y más. Colombia, México y Perú tienen cobertura media-baja (32 a 38 por ciento); Bolivia y El Salvador tienen baja cobertura (12 a 23 por ciento).

⁴Tomado de *La seguridad social en Guatemala: diagnóstico y propuesta de reforma*, elaborado por la Fundación Friedrich Ebert Stiftung de Guatemala con la asesoría del reconocido especialista Carmelo Mesa-Lago, Guatemala, 1997.

CUADRO 1

TIPOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DE LA REFORMA DE PENSIONES
EN OCHO PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: 1996-1997

Características	Argentina	Bolivia	Colombia	Chile	El Salvador	México	Perú	Uruguay
A. Fecha y régimen político								
1. Año de legislación	1993	1996	1993	1979-1980	1996	1995-1996	1992	1995
2. Entrada en vigor	Septiembre 1994	1997	Abril 1994	Mayo 1981	1997	1997	Junio 1993	1995
3. Régimen político a la creación	Democrático	Democrático	Democrático	Dictatorial	Democrático	Partido hegemónico	Dictatorial	Democrático
4. Tipo de legislación	Ley Congreso	Ley Congreso	Ley Congreso	Decreto Presidencial	Ley Congreso	Ley Congreso	Decreto Presidencial	Ley Congreso
B. Tipo de reforma								
1. Sistema antiguo	Mixto	Privado sustitutivo	Paralelo o selectivo	Privado sustitutivo	Privado sustitutivo	Sustitutivo	Paralelo o selectivo	Mixto
	Público se reforma, no se cierra	Público se cierra, sus fondos se pasan al Tesoro	Público se reforma, no se cierra	Reformado, se cierra	Reformado, se cierra	No reformado, se cierra en vejez, no en invalidez y muerte	No se reforma ni se cierra	Reformado, no se cierra
a) Método financiero	Reparto	Reparto	Prima media escalonada	Reparto	Prima media escalonada	Prima media escalonada	Prima media escalonada	Reparto
b) % de asegurados en este sistema, respecto del total asegurados	67	0	60	5	n.d. véase abajo	0	42	n.d.
2. Sistema nuevo	Público reformado más AFIP: privadas, públicas, bancos, sindicatos, etcétera	AFP privadas; giro exclusivo	SAFP, privadas, públicas, cooperativas, mutuales, sindicatos, etcétera	AFP privadas giro exclusivo	AFP privadas giro exclusivo	Afores, giro exclusivo: públicas, privadas, mixtas	AFP privadas giro exclusivo	Público reformado, más AFAP: públicas y privadas de varios tipos
a) Método financiero	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual	Capitalización plena e individual
b) % de asegurados en éste	33	100	40	95	n.d.	100 véase abajo	58	n.d.
C. Cobertura								
1. Asegurados en el momento de la reforma	Plazo de un año para pasarse del mixto al público expiró, pero aún se permite el traspaso del público al mixto	Todos deben pasarse al nuevo sistema y el gobierno les asigna a 2 AFP. A los asegurados en el antiguo que hayan cumplido con las condiciones de adquisición se les aplica el sistema antiguo	Los menores de 35/40 años se pasan al nuevo, escogen entre el público y una AFP cada 3 años; los mayores de esa edad mantienen condiciones antiguas	Podían escoger entre el público y el privado el plazo para pasarse al privado ya expiró	Menores de 36 deben pasarse al privado; de 36 a 50/55 tienen 6 meses para quedarse; mayores de 50/55 deben quedarse en el público	Todos los asegurados deben comenzar a contribuir al nuevo, pero los actuales pueden escoger al retirarse las condiciones del antiguo o lo acumulado en el nuevo	Podían y pueden escoger entre el antiguo y el nuevo (AFP), pero desde 1995 no pueden volver al antiguo	Los menores de 40 años se pasan al nuevo; los mayores de esa edad pueden pasarse al nuevo dentro de un plazo que ya expiró
2. Asegurados futuros que entran en el mercado laboral	Pueden escoger entre el público reformado y el mixto	Deben entrar en el nuevo; no pueden escoger AFP hasta el 2000	Pueden escoger entre el público reformado y una SAFP	Deben entrar en el nuevo; pueden escoger AFP	Deben entrar en el nuevo; pueden escoger AFP	Deben entrar en el nuevo; pueden escoger Afore	Pueden escoger entre el antiguo y una AFP	Deben entrar en el mixto
3. % de PEA cubierto en los dos sistemas	82	12	38	80	23	38	32	80
4. % de afiliados que contribuyen en el sistema nuevo	58	n.d.	50-53	54	n.d.	n.d.	45	n.d.
D. Contribuciones								
1. Asegurados	Igual	Se aumenta	Se aumenta en ambos sistemas	Igual en antiguo, se reduce en el nuevo	Se aumenta	Igual	Igual en el antiguo, se reduce en el nuevo. Desde 1996 mayor en el antiguo	Se aumenta ligeramente
2. Empleadores	Igual	Se elimina (salvo prima riesgos ocupacionales)	Se aumenta en ambos sistemas	Se elimina salvo prima riesgos ocupacionales	Se aumenta	Igual	Igual en antiguo, se elimina en nuevo. En 1995 se elimina en antiguo	Se reduce ligeramente
3. Estado	Impuestos y cubre déficit en programa público y transferencias al nuevo	Cubre gastos de pensiones del sistema antiguo y transferencias al nuevo	Cubre déficit del antiguo y transferencias al nuevo	Cubre déficit del antiguo y transferencias al nuevo	Cubre déficit del antiguo y transferencias al nuevo	Igual; más cubre déficit del antiguo cuando se extingan sus reservas	Cubre déficit del antiguo; transferencias al nuevo aún no en vigor	Impuestos y cubre déficit en el programa público
4. Total de contribución salarial (sin estado) %	27	12	14.5 en ambos	13.1 mayor en el antiguo	13.5 a 14 en 6 años	15.1 más 2.4 de cotización estatal sobre nómina	13 en el antiguo y 11.8 en el nuevo 1996	27.5

CUADRO 1 (Continuación)

Características	Argentina	Bolivia	Colombia	Chile	El Salvador	México	Perú	Uruguay
E. Beneficios								
1. Pensión por edad	Se aumenta y homologa la edad en todo el sistema a 60/65	Se aumenta a 65 años para ambos sexos; también con una cuenta individual igual al 70 por ciento del salario promedio de los últimos 5 años	Se aumenta y homologa la edad en el antiguo a 57/62; no hay edad específica en el nuevo sino monto del fondo	Se aumenta y homologa la edad en todo el sistema a 60/65	Se mantiene la misma edad 55/60 y se homologa para todo el sistema, más 25 años de aportes o 30 de aportes con cualquier edad	Se mantiene la misma edad; 65 para ambos sexos, más 24 años de aportes	Se aumenta de 55/60 a 65 en antiguo, más 13/15 de aportes. En el nuevo: 65 años de edad y 20 de aportes	Se aumenta y homologa la edad en todo el sistema en 60 años, más 35 años de aportes
2. Reconocimiento de aportes en el sistema antiguo	Prestación compensatoria en el antiguo y nuevo, ajustada sin interés con techo, requiere 30 años de aportes, paga el programa público	Compensación por cotización, bono, requiere 5 años de aportes, tiene techo, paga el Estado al nuevo sistema	Bono, ajustado, paga interés, con techo, requiere 3 años de aportes, paga el programa público	Bono de reconocimiento ajustado, gana interés sin techo, paga el Estado al sistema nuevo	Bono de reconocimiento, se ajusta no tiene interés, sin techo, paga el Estado al sistema nuevo	No hay. El asegurado actual puede acogerse a las condiciones del sistema antiguo al retirarse	Bono de reconocimiento, ajustado, no gana interés, con techo, requiere 4 años de aportes, paga el Estado	No, pero sí cuentan los años de contribuciones para cumplir con las condiciones del retiro
3. Pensión mínima	Sí, en el programa público, es básica y uniforme, no en la AFP, requiere 30 años de aportes	No está establecida en la ley. Si el asegurado tiene 65 años y su fondo es menor al 70 por ciento del salario base, puede retirar sumas mensuales	Sí, en el antiguo y en el nuevo; requiere edad y 23 años de aportes. El Estado paga la diferencia	Sí, el Estado paga toda en antiguo y diferencia en el nuevo	Sí, por el Estado, con 25 años de aportes y determinada por disponibilidad de recursos fiscales	Sí, en antiguo, y la diferencia en el nuevo pagada por el Estado; requiere de 24 años de contribuciones	Sí, en el antiguo, no en el nuevo; prometido para 1995 pero no regulado	Sí, en el programa público, como pensión básica, no en las AFP
4. Invalidez y muerte	En el programa público; y en el mixto en la AFP	La AFP cobra primas y transitoriamente cubre estos riesgos, hasta que se autorizan las compañías de seguros	En el sistema público y en la SAEP igual a Chile. Las reglas y cálculos son iguales en ambos sistemas	AFP contrata con compañía de seguro privado, y le cobra y traspasa la prima	AFP previa licitación, contrata con compañía de seguro privado, y cobra y traspasa la prima	Se mantiene el sistema antiguo de seguridad social	En el antiguo; en la AFP igual que en Chile	Dentro del programa mixto; en la AFP igual que en Chile
5. Ajuste	AMPO basado en recaudación de asegurados contribuyentes	De acuerdo con el índice de mantenimiento del valor. Relacionado con el dólar	Por el gobierno, anual, basado en el IPC	Unidades constantes de medición de valor U.F. (unidades de fomento)	Por el gobierno, anual y discrecional	Anualmente de acuerdo con el IPC	Por ley, en el antiguo	Valores constantes de 1995
F. Administración (sistema nuevo de capitalización)								
1. Núm. de administradoras (capitalización)	21	2 en los primeros 5 años	9	13	2 o 3 (proyectadas marzo 1997)	17 (aprobadas marzo de 1997)	5	6
2. Concentración de asegurados en las tres mayores %	40	100	58	69	100	n.d.	73	n.d.
3. Capital requerido (dólares)	3 000 000.00	1 445 000.00	4 000 000.00	650 000.00	570 000.00 a 1 700 000.00	3 200 000.00 más 500 000.00 por cada inversora Siefore		
4. Fondo de pensión acumulado (millones de dólares 1996)	4 485 (1.4% del PIB)	n.d.	468 (0.6% del PIB)	27 805 (39% del PIB)	n.d.	n.d.	949 (2% del PIB)	26 (0.2% del PIB)
5. Rendimiento real anual de la inversión %	16.2 (1994-1996)	n.d.	6.7 (1995-1996)	12.2 (1981-1996)	n.d.	n.d.	7.1 (1993-1996)	n.d.
6. Cambios permitidos de administradora	Dos por año	Ninguno hasta año 2000, después 1 por año	Dos por año	Libre	Uno y medio por año	Uno por año	En la práctica uno por año	Dos por año
7. Supervisión	Superintendencia AFP, financiada por AFP	Superintendencia de pensiones financiadas por AFP	Superintendencia bancaria	Superintendencia AFP, financiada por el Estado	Superintendencia de pensiones financiada por AFP	Consar pública, financiada por el Estado	Superintendencia de AFP, financiada por AFP	Banco Central de Uruguay

Notas: n.a. = no aplicable; n.d. = no disponible; AFAP, AFP, Afores, AFP, SAEP = distintos nombres para administradoras de fondos de pensiones; Siefore = sociedades de inversión (sólo en México).

Fuente: Compilación de los autores basado en la legislación y estadísticas de los ocho países. Tomado por el autor de este trabajo de: Fundación Friedrich Ebert Stiftung, *La seguridad social en Guatemala: Diagnóstico y propuesta de reforma*, Guatemala, abril de 1997.

3. Las empresas vinculadas a la capitalización son exclusivamente privadas en cuatro países; en los otros cuatro pueden ser privadas, públicas, sociales (mutuales, sindicatos, cooperativas) y mixtas.

4. La contribución de los empleadores sólo se elimina en Chile y Bolivia, en los demás países se mantiene o se aumenta y sólo se reduce ligeramente en Uruguay.

5. En todos los procesos de reforma el Estado mantiene y asume una importante carga financiera.

6. La contribución como porcentaje del salario oscila entre 11.8 y 15.1 por ciento, pero en Argentina y Uruguay es del 27 y 27.5 por ciento respectivamente.

7. Prácticamente en todos los países se incrementa la edad de jubilación y/o los años de contribución necesarios para aspirar cuando menos a una pensión mínima.

8. En seis países se otorga un bono de reconocimiento por los años de contribución a los que pasan del sistema antiguo al nuevo. En México no lo hay, pero al retiro se puede escoger entre la pensión que otorgaría el nuevo sistema y la que hubiera otorgado el antiguo con esas contribuciones. En Uruguay no hay bono, sólo se toman en cuenta los años como antigüedad para jubilarse.

9. Sólo en cuatro países hay pensión mínima garantizada en el antiguo o en el nuevo sistema. En otros tres sólo existe en el sistema antiguo. En Colombia no quedó establecida.

10. La mayoría de los asegurados en el sistema nuevo están concentrados en dos o tres administradoras de fondos, con lo cual la competencia pregonada tiene poco o ningún desarrollo.

11. En todos los procesos se ha encargado a algún organismo público el control del funcionamiento de las aseguradoras.

12. Solamente en el caso de Chile los afiliados se pueden cambiar cuantas veces lo deseen de administradora, en los demás el número de cambios está regulado a un máximo de dos por año o menos, salvo en Bolivia donde no se pueden cambiar hasta el año 2000 y después podrán hacerlo una vez por año. Hay que decir que en Chile los cambios corresponden más a la eficiencia manipulativa con que desarrolla su tarea un ejército de alrededor de 20 000 vendedores que a realidades de la rentabilidad y/o diferencias de beneficios significativas.

13. En la capitalización individual no hay un rendimiento mínimo garantizado positivo (salvo en Uruguay, 2 por ciento positivo), aunque todas las administradoras deben responder con un rendimiento mínimo relativo a los resultados del conjunto del sistema.

En Chile es igual al promedio de todas las aseguradoras, menos dos puntos porcentuales, y ninguna administradora podría pagar menos que esto.

14. Las inversiones de los fondos están reguladas y se han establecido porcentajes de distribución; en su mayoría van a bonos gubernamentales.

15. En todos los países, con la excepción por ahora de México y Uruguay, se permiten inversiones en el extranjero; hasta la fecha el máximo permitido es 10 por ciento de los fondos.

Sin duda una reforma era necesaria, la defensa sin más del sistema imperante aunque éste tenga viabilidad financiera por otros varios años no parece muy aceptable, el problema central no radica entonces en si debe haber o no reforma, sino en qué tipo de reforma es conveniente y adecuado realizar para la realidad de cada país.

En general la viabilidad financiera del sistema antiguo se presenta con claridad en aquellos países con sistemas jóvenes, donde la relación entre activos/pasivos es muy alta; pero de manera general estos sistemas presentan baja o muy baja cobertura. Para la permanencia del sistema de reparto se hubiese requerido efficientarlo, racionalizarlo, unificarlo y, además, solucionar los problemas de desempleo y subempleo estructural, así como el bajo nivel de los salarios reales. Parece muy difícil que en el modelo neoliberal globalizador pudieran resolverse los problemas vinculados al empleo y los bajos salarios. Volveremos sobre el tema, como cuestión de alternativas, más adelante.

● Resultados de las reformas pensionales y problemas pendientes

La única reforma que tiene un tiempo de vigencia relativamente largo es la chilena, poco más de 16 años, pero aun este periodo es corto en seguridad social para emitir juicios con suficiente base, no obstante nos permitirá levantar algunas conclusiones y señalar ciertas tendencias preliminares, e incorporar en la medida de lo posible comentarios sobre los otros procesos.

Acerca de la rentabilidad

Tratándose el chileno de un sistema de capitalización individual plena, estrictamente privado y competitivo en su manejo, la cuestión de la rentabilidad es muy importante; hasta finales de 1996 la rentabilidad

promedio era del 12.2 por ciento anual real, verdaderamente muy alta. Sólo en un año, de un total de 15 hubo rentabilidad negativa. Algunos de los otros procesos también han arrojado rentabilidades positivas e incluso más altas, como en Argentina (16.2 por ciento), pero han transcurrido todavía muy pocos años como para emitir un juicio aunque sea de carácter preliminar.

Sería de esperar que a largo plazo la rentabilidad tienda a disminuir, de hecho esto es lo que viene ocurriendo desde 1995 en el caso chileno. A partir de lo anterior, hay una fuerte demanda para que se permita una mayor diversificación de la cartera de inversiones y tratar con ello de superar la tendencia a la baja, pero obviamente esto significa mayores niveles de riesgo y eventualmente abandonar una cierta perspectiva acerca de qué sectores deben ser desarrollados y beneficiados con estos fondos (sector eléctrico, por ejemplo).

Llama la atención que el 40.4 por ciento de los fondos se canalizaron a la compra de títulos del Banco Central, el 16.6 por ciento a la construcción de vivienda y el 4.8 por ciento a bonos de empresas.

Diversos estudios demuestran que lo que más se ha incrementado fue el ahorro público (que posteriormente ha servido para cubrir los costos de la transición) y el ahorro privado como resultado de todo el comportamiento macroeconómico, mas no así el ahorro de las familias.

Sin embargo, observando la tendencia a la baja de la rentabilidad en Chile cabe preguntarnos ¿se estará en presencia de una "saturación" relativa del mercado de capitales en términos del espacio que una regulación prudencial de este tipo de operaciones con dinero de pensiones aconsejaría? ¿O será que las autoridades reguladoras son demasiado conservadoras en el tratamiento de estos capitales de inversión?

La inversión en el extranjero puede ser una alternativa, pero con razón las autoridades se muestran muy prudentes con este tema, pues si es difícil predecir la situación interna y asumir riesgos controlados, mucho más lo es con inversiones fuera de los países. Además, el argumento de generar ahorro interno se desmorona si el destino de los ahorros de las pensiones son otras economías.

Ahorro previsional y economía

Es evidente que en el caso de Chile y poco a poco en el resto de los países que han introducido la capitalización el ahorro previsional va creciendo con relación al PIB y animando el mercado de capitales y las bolsas de valores. Se estima que para el 2000 equivaldrá al 48.5 por ciento del PIB de Chile; el 3.1 por ciento del de Colombia; al 2.5 por

ciento del de Uruguay y al 0.7 por ciento del de México. En el caso de Chile alcanzaría su máximo en el 2010 (52.8 por ciento del PIB) (BID, 1996) y de ahí comenzaría a caer, es decir 30 años después de haber comenzado a funcionar. Pero esto no sería tan importante, pues para entonces ya debería haber cumplido con su objetivo histórico real que era ser un fondo de acumulación de capital, que debería haber permitido el despegue real del país hacia el desarrollo.

La historia anterior podría tener un final feliz en Chile y en otros países sobre la base de que el proceso de ahorro previsional fuese acompañado de uno intenso de inversión, mismo que requeriría de un conjunto de políticas a su servicio que crearan las condiciones básicas para la inversión y el crecimiento; y que el ahorro previsional más las políticas económicas y de otra índole necesarias dieran como resultado un fuerte crecimiento del ahorro y la inversión privada. Esto último es lo trascendental, pues debe recordarse que el costo de la transición de un modelo a otro puede resultar en un fuerte gasto del Estado para financiarlo, gasto al que podríamos llamar desahorro y que mermaría la capacidad de inversión de este actor. En el caso específico de Chile, el gasto estatal de la transición era hasta 1995 superior al ahorro previsional de cada año y llegó a representar hasta un 8.3 por ciento del PIB en 1983 (Agosin, 1997, p. 8), pero, por su parte, el ahorro privado distinto del previsional se había más que duplicado porcentualmente en el periodo de vigencia de la reforma: Éste sería el resultado más importante, pero no sólo de la reforma de las pensiones sino del conjunto de la política económica aplicada y de los condicionantes históricos de la sociedad.

En otros países, sea por el tamaño del PIB, por la menor cobertura, por compromisos inferiores con la transición y el antiguo sistema (por ejemplo, no hay bono de reconocimiento) o porque no se trata de una reforma total del sistema, el gasto estimado es menor con relación al PIB que en el caso chileno, pero también el impacto positivo sería cuantitativamente menor.

¿Será posible pensar en una saturación relativamente rápida de los mercados de capitales y por lo tanto en una rentabilidad media-baja (entre 3 y 5 por ciento real) cuando la mayoría de los países hayan hecho su reforma? Es posible que esto ocurra e incluso que se pueda dar una seria crisis de rentabilidad.

En todo caso y a la luz de los sucesos recientes en Asia, el fortalecimiento del ahorro interno es uno de los requisitos para aminorar los impactos especulativos del mercado internacional de capitales.

Acerca de la tasa de remplazo

En todos los países, al realizar las reformas se hacen cuentas alegres sobre tasa de remplazo. En el caso de Chile las estimaciones sobre tasas futuras de remplazo salarial fluctúan entre 37 y 86 por ciento para los hombres y 32 y 57 por ciento para las mujeres. Esta diferencia entre mujeres y hombres queda explicada por los menores salarios que a éstas se les suele pagar y por poder jubilarse a los 60 años y no a los 65 como los hombres –en todo caso supone una nueva forma de discriminación (¿posmoderna?). Las jubilaciones que se han entregado hasta ahora han sido con alta tasa de remplazo, por dos razones: la generosidad del bono de reconocimiento estatal, que tiene ajuste a la inflación y 4 por ciento anual de rentabilidad real garantizada, y por los altos niveles de rentabilidad que han tenido los fondos en esta etapa temprana del modelo.

Otra cuestión importante en relación con la eventual tasa de remplazo es la tendencia, que parece creciente, a que habrá muchas pensiones mínimas provocadas por la inestabilidad laboral y la morosidad en las contribuciones, mayoritariamente del sector de afiliados voluntarios (los que no son asalariados). Téngase en cuenta que en Chile, para 1996 el sistema nuevo tenía en su seno al 95 por ciento de los afiliados (el otro 5 por ciento está en el sistema antiguo que desaparecerá), pero de ellos sólo el 54 por ciento cotizaban regularmente; todo el resto son potenciales candidatos a la pensión mínima si llenan ciertos requisitos. Si esto es cierto, las tasas de remplazo serán menores y los cálculos del gasto estatal a futuro en el sistema están subestimados y seguirán generando un gasto significativo.

Acerca de la regulación de los sistemas y el papel del Estado

En todos los países en que ha ocurrido la reforma existe un organismo que supervisa a los segmentos privados del sistema, como puede verse en el cuadro comparativo. Además se establecen normas reguladoras prudenciales del sistema. En el caso de Chile existen normas dirigidas hacia las sociedades administradoras de fondos (AFP) y hacia la cartera de inversiones del fondo (Uthoff, 1995) que básicamente son las siguientes:

Hacia las AFP: El patrimonio de la AFP es completamente independiente del fondo de pensiones; una AFP sólo puede administrar un fondo; la AFP debe garantizar una rentabilidad mínima del fondo

(no necesariamente positiva), recurriendo para pagarla, si es necesario, a un encaje aportado por ella y mantenido en depósito en el Banco Central.

Hacia la cartera de inversiones: Los fondos sólo pueden ser invertidos en valores o instrumentos financieros aprobados por ley; todos los valores o instrumentos financieros que son objeto de inversión deben haber sido clasificados favorablemente por la Comisión Clasificadora de Riesgos. Existen normas estrictas de diversificación de cartera por instrumento financiero y por emisor orientadas a generar un bajo perfil de riesgo; por regla general todos los valores o instrumentos financieros deben transarse en bolsas de comercio u otros mercados secundarios establecidos; al menos el 90 por ciento de los valores e instrumentos que componen la cartera de inversiones deben encontrarse en custodia en el Banco Central; debe hacerse una valorización estandarizada diaria de la cartera de inversiones con precios suministrados por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones. Al menos el 85 por ciento de la cartera debe estar valorizada a precios de mercado.

Además de supervisar y regular, el Estado asume importantes compromisos: garantías estatales en cuanto a rendimiento mínimo de la inversión; asumir responsabilidad en caso de bancarrotas de AFP o compañías de seguros; proporcionar subsidio para pensiones mínimas; financiar la transición de un sistema a otro; entregar bonos de reconocimiento o sus equivalentes. Desde el punto de vista del papel del Estado en cuanto al segmento privado, es en Chile donde éste asume la mayor cuota de responsabilidades; varias de las garantías ofrecidas a los asegurados en Chile no se dan en otros países como Bolivia, El Salvador, Perú y México.

● La reforma en salud

Como hemos expuesto, las reformas a la seguridad social incluyen las reformas al seguro de salud y a los sistemas de salud. Cabe recordar que en América Latina los sistemas de salud que hasta el momento han operado son tres: el público, el privado y el que forma parte de los seguros sociales. Este último es el que se ha visto directamente afectado con las reformas llevadas a cabo durante los años noventa y de las que hemos dado cuenta a lo largo de este artículo.

El financiamiento del seguro social se deriva de impuestos y contribuciones obligatorias que no dependen del riesgo individual, y los

CUADRO 2
CARACTERÍSTICAS DE LA REFORMA DE SALUD EN TRES PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
(Modelos selectivos) 1996

Características	Chile	Perú	Colombia
<i>A. Fecha</i>			
1. Legislación de reforma	Constitución 1950. Decreto-ley de 1979, 1981, etcétera	Decreto-Ley de noviembre 1996	Constitución de 1991: leyes 1991, 1993
2. Entra en vigor	Mayo 1981 (sistema privado)	Diciembre 1, 1996	Diciembre 1994, pero pleno hasta 2000
<i>B. Tipo de reforma</i>			
	Selectivo, dual, público (institucional y libre elección) y privado (Isapres)	Selectivo múltiple; público/ministerio de Salud (MS), seguro social (IPSS) y proveedores varios (EPS)	Selectivo múltiple. Dos regímenes; contributivo (antiguo seguro social) y subsidiado (resto y pobres). Todos pueden escoger administradoras (EPS, seguro social, sector público, empresas privadas, cajas de compensación familiar, etc.) y proveedores de servicios (IPSS-privados y ESE-públicos)
1. Sistema público	No se cierra, se reforma, el asegurado (presente y futuro) escoge entre sistema público y privado	MS. IPSS no se cierra ni se reforma pero ofrece prevención y atención mínima	
2. Sistema privado	Isapres: corporaciones privadas de giro exclusivo, con o sin fines de lucro. El asegurado puede cambiarse entre ellas o volver al sistema público	EPS: entidades prestadoras de servicios (privadas, públicas o mixtas) ofrecen planes complementarios. Empleador puede ofrecer planes de salud a sus trabajadores.	
<i>C. Cobertura</i>			
	Asalariados, jubilados y pensionados (obligatorio); cuenta propia (voluntario). Incluye a familiares dependientes	MS. no asegurados de bajo ingreso. IPSS: asegurados. Otros: escogen entre IPSS y EPS	Toda la población (ley 1993). La meta es alcanzar cobertura universal en el año 2000, pero no ha ocurrido extensión significativa. Los asegurados (ISS, sector público, FFAA) continúan en la práctica bajo ese sistema, y la población de bajo ingreso y pobre bajo la red pública (descentralizada). A largo plazo la reforma focaliza en los pobres y grupos vulnerables.
% de población	1993	1994	
1. Sistema público	65 (+ 4 FFAA)	IPSS 21.8 MS 48.8 FFAA 2.0	
2. Sistema privado	25	Privado 2.4	
3. No cubiertos	5 (seguros, mutuales, atención directa)	No cubiertos 25.0	

La seguridad social en Guatemala: Diagnóstico y propuesta de reforma, Fundación Friedrich Ebert. Guatemala, abril de 1997.

CUADRO 2 (Continuación)

Característica	Chile	Perú			Colombia	
		IPSS 1993-1994	OSS No operó	Reforma 1995-1996	Régimen contributiva	Régimen subsidiado
D. Contribuciones (% del salario)						
1. Asegurados, asalariado cuenta propia	7 (para ambos); se transfiere íntegro al público o al privado; subsidios de acuerdo con el ingreso, exime a indigentes, 3 a 4 por paquete adicional en Isapre	3 9	8 9	No 9	4 más 1 (solidaridad exención a pobres)	Cotización subsidiada
2. Empleador	No	6	1	9	8	
3. Estado	Cubre déficit del público	1 (no paga)	No	No	No Presupuestos	Asignación Puesto
4. Total	7 (sin aporte fiscal)	9	9	9	13	
E. Prestaciones						
1. Sistema público	Medicina preventiva, fomento a salud, medicina curativa, subsidios, incapacidad laboral. Igual excepto preventiva y fomento a salud, paquete de prestaciones adicional opcional	MS: integral IPSS, preventiva, riesgos profesionales, subsidios, plan mínimo de atención. Paquete de salud iguales o mejores al mínimo; co-pagos de 2 (ambulatoria) y 10 (hospitalaria)			Plan obligatorio de salud: preventiva, fomento a salud, riesgos catastróficos. En 2000, igual para todos, en la transición sólo se otorga a subsidiados la atención a primer nivel. Paquete adicional mediante pago extra	
2. Sistema privado						
F. Administración						
1. Sistema público	Fonasa a cargo de financiamiento; SNSS provee servicios por 27 unidades regionales, supervisado por MS	MS e IPSS tienen sus propias administraciones.			El MS administra el sistema a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y un Fondo de Solidaridad y Garantía (mecanismo de compensación)	
2. Sistema privado	Servicios directos o contratados	Servicios directos o contratados				
Núm. administradoras	35 (1993)	n.d			n.d	
Capital mínimo	123 500 dólares (1995)	n.d			n.d	
Cambios	Después de un año	Libre entre EPS			Libre	
Supervisión	Superintendencia Isapres	Superintendencia EPS			Superintendencia del IMSS	

Fuente: Legislación, Chile: Cartín 1993; Perú Ley de Modernización 1996; Colombia: La Forgia 1997.

beneficios se reciben en forma de pago de servicios. El público, o nacional de salud, se financia mediante aportes fiscales y otorga beneficios en especie, es decir atención directa. En los privados, las personas pagan una prima de riesgo que cubre un paquete de servicios o el pago completo del servicio recibido.

Entre los motivos que se han dado para impulsar la reforma a los seguros sociales en particular y al sistema de salud en general, destacan los relacionados con cobertura insuficiente, gasto público insuficiente, descuido en la atención primaria, desigualdad en las prestaciones, desperdicio de recursos, mayores gastos en la administración que en los servicios, y dificultad en la coordinación entre salud pública, seguro social y sector privado.

Frente a este diagnóstico se han puesto en operación diversas reformas: unas que se derivan de los cambios operados en el financiamiento de los seguros sociales, otras que son parte de propuestas de mejoramiento en la salud pública y las más profundas que dan cuenta de cambios radicales y que se conocen como reformas del sistema de salud.

Tres países han llevado a cabo estas últimas: Chile en 1981, Colombia en 1994 y Perú en 1996.

Modelos de atención

En la atención a la salud, estas reformas admiten el principio de la libre elección en el otorgamiento de los servicios. En el caso de Chile, los derechohabientes seleccionan, de acuerdo con su contribución, si los servicios de salud los reciben del sistema público o del privado.⁵ En Colombia y Perú la selección es múltiple, puede ser entre los servicios públicos, los privados y diversos proveedores que brinden estos servicios.

Estos mecanismos de selección han profundizado el carácter dual e inequitativo en el otorgamiento de servicios y han diferenciado entre sí a los beneficiarios. Los servicios que ofrece el Estado son los de prevención y atención mínima, que hoy se conocen como paquetes básicos de salud. Por su parte, los proveedores privados también ofrecen por la cotización establecida el paquete básico y mediante primas adicionales paquetes o planes complementarios. Debido a este costo adicional, sus afiliados son por lo general los individuos de aportaciones altas, resultado de salarios o ingresos altos, y los de menor riesgo mé-

⁵ Otorgado por el Sistema Estatal, o por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).

dico: los jóvenes. Esta situación se observa en el caso de Chile donde el 65 por ciento de la población se atiende en el sistema público y el 25 por ciento en el privado. Si se desagrega la afiliación por grupo de edades y quintil de ingreso, en Chile, en 1996, el 92 por ciento del grupo de edades comprendido entre los 21 y 50 años y del quintil de más bajo ingreso estaba afiliado al seguro público, mientras que el 66 por ciento del grupo de edades entre los 21 y 50 años pero del quintil más alto lo estaban en las instituciones de salud previsional de carácter privado (Isapres) (Miranda y Paredes, 1997, p. 11).

Cobertura y universalidad

En los tres países que han llevado a cabo la reforma el seguro es obligatorio para asalariados, jubilados y pensionados, y voluntario para los trabajadores por cuenta propia. Hasta la fecha los no asegurados y de bajos ingresos siguen recibiendo los servicios exclusivamente de parte de los ministerios de Salud.

Uno de los objetivos de la reforma es alcanzar la universalidad en el otorgamiento de este servicio. Lograr este objetivo depende de los niveles en que se encuentre la cobertura, por ejemplo en la situación de Chile, el 5 por ciento de la población no está cubierta, en el caso de Perú es el 25 por ciento y cerca del 50 por ciento en Bolivia, Honduras y Haití. Al introducirse la selección múltiple, los pobres y los grupos más vulnerables seguirán siendo focalizados a atenderse en los ministerios o secretarías de Salud. Si no se modifica la forma de incorporación, es decir mediante una política pública, los sectores que han estado fuera lo seguirán estando y si no se mejora en eficiencia y calidad, así como el monto de los recursos fiscales orientados a la salud, los pobres que logren beneficiarse de esos servicios recibirán lo mínimo y es posible que con problemas de calidad.

Contribuciones

En el caso de Chile, el aporte para el seguro de salud lo realiza sólo el trabajador; en otros, como Colombia y Perú sigue habiendo aportaciones del empleador. En el caso del seguro de salud y enfermedad reformado por la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1995, el aporte del empleador baja, el del trabajador también, pero aumenta el del Estado. De todas formas, la contribución a este seguro como porcentaje del salario no disminuyó.

En los países de la región, la contribución del salario base para este seguro oscila entre el 7 y el 13 por ciento.

Con la privatización de los fondos de pensiones es posible que el monto de los recursos del seguro de salud-enfermedad tenga una merma, ya que las diversas instituciones de seguridad social de América Latina señalaron que había desviación de recursos del seguro de pensiones al de salud-enfermedad. Esto puede expresarse en el corto plazo en deficiencia en el abastecimiento para las unidades médicas y hospitalarias o el contar con menores recursos para el mantenimiento de la infraestructura.

La posibilidad del desfinanciamiento de este seguro impulsa a los gobiernos a poner en marcha reformas integrales de salud en las que participen las unidades privadas, públicas y las que forman parte de la seguridad social.

Administración

La administración de las entidades que participan es múltiple, ya que los ministerios de Salud mantienen sus propias administraciones, los institutos de seguridad social las suyas y a ellas se suman las de servicios privados, y aunque todos sean supervisados por una instancia, queda por resolver si mediante una superintendencia es posible lograr la articulación entre los sistemas y mejorar cobertura y calidad.

Existen sin duda criterios suficientes para articular un sistema nacional de salud, como por ejemplo el pretender incrementar la participación del médico de la familia y mediante ello establecer nuevos modelos hospitalarios. Sin embargo son propuestas que para lograr los resultados que persiguen requieren de un contexto en el que la macroeconomía, la política social, la descentralización fiscal y política, y la organización democrática de la sociedad coincidan en este objetivo.

Ante un contexto macroeconómico como el que hemos descrito, en el que la pobreza, la desigualdad social, el desempleo y los deficientes sistemas educativos se enfrentan con la necesidad de mantener un equilibrio fiscal y un gasto público de bajo perfil, lo que se va generando son interrogantes y el perfilamiento de algunos problemas que influirán en la consecución de los resultados.

—Los problemas básicos de los sistemas de salud latinoamericanos se encuentran en la cobertura y distribución de los servicios. Solucionar estos dos aspectos implica tomar en cuenta las diferencias

de población susceptible de ser incorporada. Las diferencias demográficas y de morbilidad que están presentando, como es la disminución de la tasa de natalidad, el envejecimiento de la población y el que tanto las enfermedades degenerativas como las transmisibles aparezcan como las de mayor causa de mortalidad, determina que cualquier reforma que se lleve a cabo debe considerar que el gasto de salud debe tener un fuerte destino a la prevención y a la asistencia sanitaria. Si la introducción de los servicios privados mercantiliza a la salud y contribuye a que el Estado abandone estas obligaciones básicas, la articulación del sistema y la superación de problemas de salud serán difíciles de solucionar.

—Por ello, el desfinanciamiento del seguro de enfermedad de los seguros sociales no debe significar el desmantelamiento de las instituciones públicas, ya que las instituciones de seguridad social son las que concentraron a los recursos humanos mejor formados, crearon escuelas de medicina, contaron con la infraestructura hospitalaria adecuada que debiera ser considerada como patrimonio nacional, fundamentalmente porque se financiaron con recursos de los trabajadores y de toda la población, mediante subsidios y recursos fiscales.

—Se requiere un gasto social más eficiente, que se vea favorecido por procesos de descentralización y municipalización que conduzcan a una mejor distribución nacional de los recursos. No es suficiente que el gasto social esté participando más en el gasto público, sino que debe ser mejor distribuido, ya que su mayor participación puede que sea sólo un reflejo de las necesidades que el Estado tiene para enfrentar el periodo de transición de la reforma de pensiones.

● Algunas consideraciones adicionales

De manera general, no se necesita ser partidario de una reforma privatizadora para reconocer que uno de los grandes fracasos de la seguridad social en América Latina es la escasa cobertura en la mayoría de los países. El principio de universalidad nunca se ha cumplido: los países con mayor cobertura son los que tienen los sistemas más antiguos como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay; también se deben incluir Costa Rica y Cuba, que son más recientes y que deben su nivel de cobertura alto a los sistemas políticos que en ellos imperan.

Una de las razones que se ha esgrimido para hacer la reforma es la de ampliar la cobertura. A la luz de lo que viene sucediendo no

parece que sea posible que los nuevos sistemas permitan lograr esto, salvo en el caso de Colombia que ha introducido claros (aunque probablemente insuficientes) elementos de solidaridad y caminos de ampliación.⁶

Los sistemas de capitalización individual plena no contienen elementos de solidaridad, y a menos que esto sea asumido como una responsabilidad social del Estado seguramente no podrá ocurrir. Además, la idea de que la propiedad individual de las cuentas puede impulsar a muchos independientes y/o informales a ser parte del modelo, es una racionalidad puramente formal que no tiene adecuadamente en cuenta la realidad. En el caso de Chile, que hasta ahora debe ser considerado un modelo exitoso en su aplicación, solamente el 11 por ciento de los trabajadores independientes está asegurado y sólo un 4 por ciento es cotizante activo, pero la mayoría de este 4 por ciento son profesionales independientes con un buen nivel de ingresos. Para la mayoría de los independientes (muchos informales) el sistema resulta muy oneroso como para afiliarse y si lo hacen no cumplen; el incumplimiento está motivado normalmente por el insuficiente ingreso.

Si tomamos en cuenta que Chile es un país de alta cobertura, con relativamente pocos independientes y con buenos resultados económicos, y a pesar de ello se presentan serios problemas para ampliarla, el problema de cobertura se vuelve muy grave para países con cifras como las siguientes: Bolivia (13 por ciento), El Salvador (23 por ciento), Perú (32 por ciento), México (38 por ciento), Colombia (38 por ciento). Además, la tendencia es a que la informalidad se amplíe, lo cual quiere decir que los afiliados voluntarios serían la enorme mayoría o la mayoría en casi todos los países. Ampliar y/o universalizar mediante la privatización parece claramente un imposible, y si lo siguen afirmando los gobiernos es solamente para justificar la reforma y ganar adeptos ingenuos.

En realidad, la posibilidad de seguir manteniendo un sistema de cuotas como el único mecanismo de acceso al sistema parece francamente obsoleto y no funcional de cara a la realidad que se está viviendo y que parece claro se intensificará. Por otro lado, es cada vez más injusto que la *seguridad social* de una minoría se financie con el aporte de todos. En efecto, sea que sólo contribuyan los asalariados o que también lo hagan los patrones, la cuota es una parte del costo de la fuerza de trabajo que los empresarios trasladarán al precio de los pro-

⁶Véase más adelante el trabajo de Jairo Restrepo.

ductos inexorablemente, por lo tanto lo pagan todos, pero sólo beneficia a los trabajadores bajo régimen salarial, lo cual obviamente no es su responsabilidad, aunque debe decirse que los trabajadores organizados no han hecho un gran esfuerzo porque se incorpore a otros sectores de la sociedad. El proceso es todavía más injusto cuando el Estado genera algún tipo de subsidio para los que ya están en el sistema y no lo hace para los que están fuera, situación que se observa en México, especialmente con el sistema previsional reformado.

Hay que buscar salidas que lleven a la universalización. Sin duda una posibilidad, analíticamente correcta y equitativa, es que se establezca de manera progresiva⁷ seguridad social para todos, mediante una garantía de salud, pensión mínima universal, prestaciones sociales, guarderías y esparcimiento financiados con impuestos, y que la capitalización individual sea un sistema complementario y a la larga voluntario (obligatorio mientras se fortalece una cultura de ahorro y se mejoran salarios y/o ingresos).

Parece más o menos indudable que los sistemas de seguridad social ameritan reformas de tipo estructural que hagan posible avanzar hacia la concreción de los principios universales de la seguridad social, de los cuales el más importante es que todos tienen derecho a ella.

Es imposible apartar al Estado del problema de la seguridad social, cosa que ni siquiera ha ocurrido con la reforma chilena. En este país el Estado, además de regular, garantizar y viabilizar financieramente la reforma debe hacerse cargo, tanto en pensiones como en salud, de la mayoría de la población. La privatización suele ser siempre una cuestión vinculada a los que disponen de capacidad de demanda efectiva, lo cual excluye en América Latina a la mayoría de la población.

La privatización no resolverá el problema de la cobertura, incluso puede agravarlo. Dado lo anterior, el Estado no debería, salvo puntualmente, comprometer en ella recursos que debería usar en los excluidos; hacer lo contrario significa contribuir a una distribución regresiva del ingreso.

El sistema de financiamiento por cuotas no es funcional para ampliar la cobertura. Sería muy conveniente establecer un pilar estatal universal financiado con impuestos, que permitiría avanzar hacia la universalización y restablecería elementos de solidaridad en el sistema.

⁷Se podría comenzar con los más pobres y que están fuera del sistema actual. Así, se iría ampliando progresivamente.

A estas alturas parece lo más conveniente adoptar un sistema mixto con un pilar público que se plantee como tarea la universalización y lo haga progresivamente y uno de carácter privado complementario y a la larga voluntario.

En cada país la reforma debería alcanzar modalidades propias (dentro de los grandes modelos generales) que contemplaran las especificidades económicas, políticas, culturales, demográficas, laborales y cualquier aspecto o elemento que pudiera ser relevante. Modelos copiados pueden dar resultados desastrosos.

Cualquier modelo de seguridad social requiere como condición indispensable un buen funcionamiento de la economía en el largo plazo, pero hablamos de crecimiento y desarrollo y no sólo de crecimiento. Cualquier modelo fracasará si la economía fracasa, con mayor razón uno de capitalización individual cuyo futuro depende de la rentabilidad en los mercados de capitales. Paz social y estabilidad política aparecen como condición de un buen funcionamiento económico, pero también pueden ser en parte el resultado de una adecuada red de seguridad social.

Es indispensable que el modelo de seguridad social que se adopte concilie los objetivos económicos con los sociales; no es inútil recordar que la seguridad social no existe para generar ahorro interno ni para eliminar el déficit fiscal sino para eliminar la enfermedad y eventualmente curarla, para dar certidumbre en la vejez, invalidez o muerte a quienes lo necesitan. Es evidente que esta certidumbre no se puede alcanzar, ni es viable, al costo de la crisis económica.

Llama la atención que las fuerzas armadas sean excluidas de la reforma de manera generalizada y se les mantenga en un ineficiente y subsidiado sistema de reparto pensional y de salud institucional. ¿Cómo es posible que en Chile, paradigma del éxito de la capitalización plena individual, se les niegue a los militares tal beneficio? En principio esto es inexplicable e injusto, la única respuesta que se nos ocurre es que se les maltrata manteniéndolos en el Estado de bienestar para evitar que vayan a cometer el error de permitir que éste pueda ser reimplantado para todos.

● Anexo estadístico

CUADRO 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DESEMPLEO URBANO
(Tasas medias anuales)

Países/años	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996 ^a
<i>América Latina y Caribe</i>	6.2	7.3	5.8	5.8	6.3	6.3	6.4	7.3	7.7
<i>Argentina</i> (total urbano)	2.6	6.1	7.5	6.5	7.0	9.6	11.5	17.5	17.2
<i>Bolivia</i> (capitales departamentales)	–	5.8	7.3	5.8	5.4	5.8	3.1	3.6	3.5
<i>Chile^c</i> (región metropolitana)	11.7	17.2	6.5	9.3	7.0	6.2	8.3	7.4	7.2 ^d
<i>Colombia^e</i> (siete áreas metropolitanas)	10.0	13.9	10.5	10.2	10.2	8.6	8.9	8.9	11.4 ^f
<i>Costa Rica</i> (total urbano)	6.0	6.7	5.4	6.0	4.3	4.0	4.3	5.7	6.6
<i>El Salvador</i> (total urbano)	–	–	10.0	7.9	8.2	8.1	7.0	7.0	7.5 ^g
<i>México</i> (total urbano)	4.5	4.4	2.7	2.7	2.8	3.4	3.7	6.3	5.7 ^b
<i>Perú^k</i> (Lima metropolitano)	7.1	10.1	8.3	5.9	9.4	9.9	8.8	8.8	8.7
<i>Uruguay</i> (Montevideo)	7.4	13.1	9.2	8.9	9.0	8.4	9.2 ^h	10.8	12.6 ^d

^aCifras preliminares, ^bcorresponde al periodo enero/octubre, ^cdesde 1991, los datos corresponden a una nueva muestra, ^dcorresponde al periodo enero/septiembre, ^eincluye desempleo oculto, ^fcorresponde al periodo marzo/junio/octubre, ^gcorresponde al primer semestre, ^hdesde 1994, las cifras corresponden al total urbano, ^klos datos de 1995 y 1996 provienen de una nueva encuesta y se refieren al primer semestre de cada año.

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

CUADRO 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
EVOLUCIÓN DEL SALARIO MÍNIMO REAL URBANO
(Índices promedio anuales 1990 = 100.0)

Países/años	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995 ^a
Argentina	465.9	100.0	259.1	203.7	263.7	363.9	352.0
Bolivia	—	100.0	165.6	164.8	181.2	199.9	196.3
Chile	114.4	100.0	109.3	114.3	120.0	124.4	130.0
Colombia	93.1	100.0	96.7	95.0	97.6	96.0	95.6
Costa Rica	82.7	100.0	92.8	92.5	92.7	93.6	91.0
El Salvador	287.2	100.0	103.1	104.6	104.6	102.7	103.1
México ^c	252.9	100.0	95.8	90.9	89.4	89.6	76.9
Perú ^e	428.0	100.0	68.0	68.0	47.8	61.9	63.3
Uruguay	145.0	100.0	89.6	87.4	75.8	67.3	62.0

^aCifras preliminares, ^csalario mínimo vital deflactado por el IPC de ciudad de México, ^esalario mínimo en la zona metropolitana de Lima.

Fuente: CEPAL sobre la base de cifras oficiales.

CUADRO 3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
EVOLUCIÓN DE LAS REMUNERACIONES MEDIAS REALES
(Índices promedios anuales, 1990 = 100.0)

Países/años	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996 ^a
Argentina ^b	130.0	135.7	100.0	101.3	102.7	101.3	102.0	100.9	100.8
Bolivia ^c	—	64.9	100.0	93.4	97.1	103.6	111.8	113.5	113.5
Chile ^e	95.4	89.3	100.0	104.9	109.6	113.5	118.8	123.6	128.9
Colombia ^f	85.0	97.4	100.0	97.4	98.6	103.2	104.1	105.5	107.7 ^d
Costa Rica ^g	115.8	106.8	100.0	95.4	99.3	109.5	113.6	111.4	—
México ^h	128.3	97.4	100.0	106.5	114.3	124.5	129.1	111.5	98.8
Perú ^k	309.3	250.2	100.0	115.2	111.1	110.2	127.4	116.7	112.6
Uruguay ^l	108.5	95.5	100.0	103.8	106.1	111.2	112.2	109.0	109.8
Brasil ^d	9.4	—	100.0	79.3	79.5	85.7	87.1	91.8	104.3

^aCifras preliminares, ^bindustria manufacturera, 1996: promedio enero a septiembre, ^csector privado en La Paz, 1996: promedio marzo, junio, septiembre, ^dtrabajadores amparados por la legislación social y laboral, 1996: promedio enero a septiembre, ^ehasta abril de 1993, asalariados no agrícolas. Desde mayo de 1993, índice general de remuneraciones por hora, 1996: promedio enero a octubre, ^fobreros en la industria manufacturera, 1996: promedio enero a agosto, ^gremuneraciones medias declaradas de los adscritos al seguro social, ^hindustria manufacturera, 1996: promedio enero a septiembre, ^kobreros del sector privado en la zona metropolitana de Lima, 1996: promedio marzo y junio, ^lsalarios medios no agrícolas, 1996: promedio enero a septiembre.

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

CUADRO 4
CRECIMIENTO Y DESEMPEÑO DEL MERCADO DE TRABAJO
(Tasas de crecimiento anual, 1990-1995)

Países/rubros	PIB	PEA	Empleo	Salario real	Productividad
Chile	7.2	2.5	3.7	4.4	3.3
Perú	5.7	3.4	3.5	4.8	2.2
Argentina	5.2	3.2	1.0	0.2	4.1
Colombia	4.5	3.3	3.7	1.5	0.8
Costa Rica	4.4	4.0	4.0	0.4	0.4
Bolivia	4.0	3.2	4.0	1.6	-0.1
Uruguay	3.6	1.9	4.0	0.8	2.1
México	0.8	3.9	3.1	0.8	-2.2
Total	3.0	3.2	2.9	—	0.1

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT), "Panorama Laboral '96", Lima, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, 1996; sobre la base de información de la CEPAL y cifras oficiales de los países.

CUADRO 5
HABITANTES EN SITUACIÓN DE POBREZA E INDIGENCIA^a
(en miles, 1980-1994)

Años	Pobre ^b			Indigente ^c		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
1980	139 900	62 900	73 000	62 400	22 500	39 900
1990	197 200	120 800	76 400	91 900	45 400	46 500
1994	209 300	135 400	73 900	98 300	51 900	46 400

^aEstimación correspondiente a 19 países de América Latina.

^bPersonas en hogares en situación de pobreza.

^cPersonas en hogares en situación de indigencia.

Fuente: CEPAL, *Panorama social de América Latina*, edición 1966, Santiago de Chile, 1997.

CUADRO 6
HOGARES EN SITUACIÓN DE POBREZA E INDIGENCIA^a
(en porcentajes, 1980-1994)

Años	Pobre ^b			Indigente ^c		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
1980	35	25	54	15	9	28
1990	41	36	56	18	13	33
1994	39	34	55	17	12	33

^a Estimación correspondiente a 19 países de América Latina.

^b Porcentajes de hogares con ingresos inferiores a la línea de pobreza. Incluye a los hogares que se encuentran en situación de indigencia.

^c Porcentajes de hogares con ingresos inferiores a la línea de indigencia.

Fuente: CEPAL, *Panorama social de América Latina*, edición 1966, Santiago de Chile, 1997.

● Bibliografía

- AGOSIN, M., G. Crespi y L. Letelier, "Análisis sobre el aumento del ahorro en Chile", documento de trabajo de la Red de Centros R-309, BID, julio de 1997, 44 pp.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID), *Progreso económico y social en América Latina*, Washington, noviembre de 1996.
- CEPAL, *Reformas a los sistemas de pensiones*, elaborado por el asesor Andras Uthoff, Santiago de Chile, febrero de 1995a. Serie Financiamiento del Desarrollo núm. 29.
- _____, *Promoción del ahorro y los sistemas de pensiones*, elaborado por el asesor Andras Uthoff, Santiago de Chile, noviembre de 1995b.
- _____, *Estudio económico de América Latina y el Caribe, 1995-1996*, Santiago de Chile, septiembre de 1996.
- _____, *América Latina y el Caribe, 1980-1995. Quince años de desempeño económico*, Santiago de Chile, junio de 1996a.
- _____, "La reforma de las pensiones en América Latina y la posición de los organismos internacionales", en *Revista de la CEPAL*, núm. 60, Santiago de Chile, diciembre de 1996.
- _____, *La brecha de la equidad: América Latina, el Caribe y la cumbre social*, Santiago de Chile, marzo de 1997.
- _____, *Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, diciembre de 1997.
- CORPORACIÓN DE INVESTIGACIÓN, ESTUDIO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (CIEDESS), *Modernización de la Seguridad Social en Chile, 1980-1993*, Santiago de Chile, octubre de 1994.

- ENSIGNIA L. JERING, Jaime y Rolando Díaz, "El debate sobre la seguridad social en América Latina: la posición del sindicalismo en la región", Santiago de Chile, noviembre de 1996. Policopiado.
- FUNDACIÓN FRIEDRICH EBERT STIFTUNG, *La seguridad social en Guatemala: diagnóstico y propuesta de reforma*, ciudad de Guatemala, abril de 1997.
- LAURELL, Asa Cristina (coord.), *Hacia una política social alternativa*, Fundación Friedrich Ebert/Instituto de Estudios de la Revolución Democrática, México, septiembre de 1996.
- MESA-LAGO, Carmelo, *La reforma de la seguridad social en América Latina y el Caribe: hacia una discusión del costo social del ajuste*, CIEDESS, Santiago de Chile, octubre de 1994.
- MIRANDA, Ernesto y Ricardo Paredes, "Organización Industrial de los Servicios de Salud en Chile", documento de trabajo de la Red de Centros R-306, BID, Washington, mayo de 1997.
- NARRO ROBLES, José y Javier Moctezuma Barragán (comps.), *La seguridad social y el Estado moderno*, Fondo de Cultura Económica, México, 1992.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT), "América Latina: un crecimiento económico que genera más empleo, pero de menor calidad", en *Boletín Informa* núm. 32, Prealc, Santiago de Chile, septiembre de 1993.
- OSORIO, Saúl y Berenice Ramírez (coords.), *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM/Triana, México, mayo de 1997.
- PROGRAMA DE ECONOMÍA DEL TRABAJO (PET), "La rentabilidad de los fondos de pensiones en Chile", en *Indicadores Económico Sociales* núm. 137, marzo-abril de 1996, Santiago de Chile, diciembre de 1996.
- "Seguridad social en las Américas. Cuestiones y opciones", documento de trabajo, elaborado para la Reunión Regional Tripartita de Expertos en Seguridad Social de las Américas, México, D.F., 18-22 de octubre de 1993.

Alternativas en seguridad social?

Carolina Tetelboin Henrion

● Introducción

La crisis de los ochenta y la transformación del mundo actual con los mecanismos de condicionamiento e interdependencia sobre los que se articulan las nuevas condiciones de dominación, parece poder resumirse en la idea de la globalización.¹ Frente a este mundo rápidamente cambiante, parece no haber más opción que adaptarse a las políticas en turno, arrastrados desde los centros de poder internacional. Eso no ocurre solamente en la condición de ciudadanos sino también como trabajadores (formales e informales), afectando los espacios, concepciones, procesos y derechos, relaciones y prácticas que tienden a ser modelados bajo los nuevos criterios.

Estos nuevos criterios son implacables y no dejan campo libre. Por el contrario, se insiste reiteradamente en que el diagnóstico ya está realizado y sólo queda implementar *la alternativa*, adecuando, corrigiendo, atenuando o profundizando las líneas centrales de una lógica

¹Darío Salinas, *La globalización desde América Latina*, documento de trabajo, Dirección Adjunta de Investigación y Posgrado, Universidad Iberoamericana, enero de 1998; hasta el secretario general de la ONU, Kofi Annan, ha declarado a propósito de la evaluación de las recientes crisis asiáticas en la reunión en Davos, Suiza, y en relación con los costos de la globalización, que el proceso de apertura global "parece ser de exclusión, explotación, intrusión e incluso destructivo" para algunos sectores de la población. Al mismo tiempo calificó la globalización como autoritaria en la medida que "importantes decisiones mundiales son tomadas por un pequeño grupo, ya se trate del Grupo de los Siete países más industrializados (G-7) o de una persona en Bruselas", *La Jornada*, México, 1o. de febrero de 1998, p. 14; una nueva definición de la globalización es la que recientemente ha entregado el profesor Samuel Lichtensztejn: la globalización o internacionalización no es un concepto acabado o perfecto. Responde a un proceso lógico-histórico, económico y político desde la década de los cincuenta, que "nos llevará a la creación de nuevas ideologías y relaciones sociales y tecnológicas", mismas que estarán regidas por el mercado financiero y la microeconomía [sic.], con una fuerte tendencia a la inestabilidad recurrente, en *Semanario de la UAM*, vol. IV, núm. 20, México, 2 de febrero de 1998, p. 5.

única en cada uno de los terrenos clave de la reproducción social, organizados según su pertenencia al mundo de la acumulación o no.

En efecto, con estas lógicas los países latinoamericanos redefinen sus pactos internos bajo sistemas democráticos y gobiernos limitados, impelidos a "modernizarse" para ganar un lugar en la competencia del mercado internacional y acceder a los préstamos, o destinados a morir de aislamiento. Un actor y víctima central en estos cambios es el Estado. Desde su propio centro se genera el cambio –"papel regulador" como si fuera novedad, aunque hoy lo hace con distinto signo– que lo afecta directamente en su papel. Desde los objetivos macroeconómicos, la crisis fiscal comanda el proceso. El problema es que la transformación de su operación como consecuencia también del ahorro limita y/o elimina prácticamente la tarea redistributiva en sociedades altamente precarias y vulnerables.

De soluciones aparentemente variables, la gran mayoría de los países del subcontinente se orientan hacia esquemas comunes de política social como única receta. Los mecanismos, procesos y resultados sin embargo dejan mucho que desear. De ahí que siga siendo prioritario un examen a sus principios y evolución no en relación con los éxitos macroeconómicos como suele hacerse, sino con su fin último, el de las necesidades de los países y sus poblaciones mayoritarias.

El presente artículo se propone revisar las características principales de los sistemas de protección social emergentes en los últimos años en los países latinoamericanos, a la luz de los modelos y las experiencias anteriores. Para ello se postulan tres hipótesis en torno a las cuales se ensayan algunas respuestas:

1. Que los modelos de protección en boga no superan las características y los problemas de los sistemas anteriores;
2. que no contribuyen a resolver, salvo parcialmente, los problemas fundamentales de nuestros países en esta época. Por el contrario, su aplicación los profundiza y crea nuevos, producto de la desarticulación –sin alternativa suficiente– de los antiguos sistemas, y
3. que no contemplan los efectos devastadores que podrían provocar en el largo plazo.

En tal sentido, se postula aquí que su objetivo se asocia más directamente a resolver la crisis en la tasa de ganancia y a otorgar un nuevo dinamismo al capital que a mejorar las condiciones de las personas y las familias tal como el discurso lo proclama.

● Los modelos de protección social

En la historia moderna los países han organizado diversos sistemas de protección social obedeciendo a situaciones específicas relativas a su constitución como estados y a sus premisas fundamentales. Entre los principales pueden destacarse por lo menos los sistemas surgidos en torno a los seguros sociales, los sistemas de seguridad social, la atención pública del Estado, y los sistemas basados en seguros privados. Desde luego esta clasificación es ideal, en la medida que los países suelen combinar distintos modelos o elementos de éstos. Sin embargo, uno de ellos constituye el sistema hegemónico, en tanto que es fundamental como forma principal de resolución de los problemas de la sociedad en relación con la protección de sus ciudadanos y que depende de la concepción del poder, en el Estado, sobre estos asuntos, y del peso y las relaciones entre los distintos grupos.

Entre los modelos teóricos e históricos más significativos destacan, en primer lugar, el Sistema del Seguro Social en la Alemania de 1883, creado por el canciller Otto Leopold von Bismarck y que habría de aportar una de las herencias conceptuales más importantes sobre protección social.² Aquí se sitúa para algunos autores el origen del Estado de bienestar social y del Estado moderno que ha dado fundamento a la construcción de los estados europeos y que se ha extendido con distintas características por todo el orbe.

En las condiciones de una Alemania que había logrado la unidad nacional consolidada bajo la visión conservadora de la nobleza terrateniente en el imperio (Reich), la naciente actividad de la burguesía y el emergente proletariado que tardíamente inició el proceso de industrialización, pero que en pocas décadas ubicó al país entre los más pujantes, se desarrollan los orígenes además del objetivo de la creación del Sistema del Seguro Social. Uno a uno van cubriéndose los diferentes riesgos: el seguro de enfermedad (1883), administrado por las mutuales ya existentes; el de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, administrado por las asociaciones de empleadores, y el de invalidez y vejez a cargo de las autoridades provinciales (1889). Los fondos se integran con la afiliación y cotización obligatoria con participación del Estado, los empresarios y los asalariados. Más tarde se recopilan las disposiciones que establecieron el seguro de enfermedades generales (1911), el de accidentes del trabajo y el de vejez e invalidez.

² *Uno para todos, todos para uno. El sistema de seguridad social en Alemania*, Basis-info, Span, Inter Naciones, Bonn, julio de 1995.

El Código General de Seguros Sociales se institucionaliza a través de su incorporación a la Constitución de Weimar de 1919. Hasta la actualidad, se trata de un amplio seguro obligatorio establecido por el Estado que en sus ramas clásicas, como enfermedad, accidentes, invalidez y vejez se remonta a la legislación social de Bismarck, el seguro de desocupación de la República de Weimar y con posterioridad a la segunda guerra mundial, la ayuda a la vejez de agricultores y el fomento al trabajo.³

Las razones de una formulación tan avanzada para su época constituye todavía hoy materia de discusión, aunque es indudable el papel que tuvo en el proceso de industrialización alemán. Su surgimiento al parecer no habría tenido que ver estrictamente con la exigencia directa de la clase trabajadora (aunque sí con su grado de organización),⁴ o con la claridad del proyecto burgués que era el más atrasado políticamente en relación con sus vecinos. Políticas sociales de este corte habrían tenido que ver más con la voluntad política de unificación del Estado alemán que postergaba las metas de libertad política y se adelantaba y competía con las ideas socialistas del movimiento obrero europeo y alemán, además de que contenía la influencia de la concepción filosófica de herencia hegeliana y marxista de valoración del colectivo sobre el interés particular propio de la concepción liberal del resto de Europa, que forjaba en esos momentos el tránsito hacia los derechos individuales.⁵ Esta idea de colectivo se expresa en un Estado fuerte, organizador del proyecto de nación y de economía atendiendo los distintos componentes del desarrollo, y dentro de él el cuidado de la fuerza de trabajo como eje central.

Una de las características centrales de los modelos de seguro social es la cobertura de la fuerza de trabajo asalariada y su familia, lógica que se articula con las necesidades de cuidado físico e intelectual del trabajador, su prole y las futuras generaciones. En ese sentido es una variable controlada del proceso de industrialización. Al financiamiento contribuyen el trabajador, el patrón y, generalmente, el Estado. Las prestaciones se realizan en función de necesidades, independientemente del

³ *Ibid.*, p. 9.

⁴ En distintos casos se aprecia que la clase obrera no ha tenido una participación directa en el surgimiento de estos sistemas. Las exigencias reivindicativas y las luchas se vinculaban a las condiciones más directas de la explotación, como las horas de trabajo y el salario.

⁵ Al respecto véase Mercedes Escalante, *Auge y decadencia del Estado benefactor en Argentina*, tesis de doctorado en ciencias sociales, Universidad Iberoamericana, enero de 1998.

aporte individual, y los programas se organizan en función de los distintos riesgos.⁶

La extensión del modelo en Europa se produce posteriormente hacia Austria (1887), Hungría (1887 y 1906), Noruega (1894 y 1909), Inglaterra (1911) con un seguro de enfermedad, paro forzoso e invalidez; Suecia (1913) con un seguro de vejez, y España (1908 y 1919) con un sistema de protección al retiro obligatorio.⁷

Un segundo modelo se constituye a partir del Informe Beveridge "Sobre seguros sociales y sistemas afines", solicitado por el gobierno inglés (1942) para prever las consecuencias de la segunda guerra mundial dirigido a elaborar un programa adelantado para manejar la indigencia. El informe termina haciendo una propuesta de mucho mayor envergadura, proponiendo las bases de un sistema de seguridad social más avanzado que todas las propuestas hasta entonces conocidas.

Basado en un seguro general obligatorio para las personas que perciben ingresos, la seguridad social da protección a prácticamente todos los ciudadanos, independientemente de su condición socioeconómica: patrones, empresarios, trabajadores por cuenta propia, amas de casa, etc. El financiamiento se realiza mediante el aporte proporcional al salario y por aportaciones públicas derivadas de impuestos generales. Las prestaciones son universales, integrales y de administración estatal; otorga beneficios más uniformes y unifica los servicios en una organización que integra y coordina los diversos programas.⁸ El esquema se complementa con las prestaciones asistenciales del Estado en caso de falta de ingresos por causas certificables como desempleo, discapacidad, indigencia. Este modelo en esencia no tiene por objetivo fundamental la contingencia del riesgo sino su prevención. También considera de manera especial la preocupación por las generaciones futuras mediante programas específicos para la infancia, así como el estímulo a la natalidad apoyado por una serie de subsidios integrales.⁹

Es interesante resaltar que en la perspectiva de Beveridge la pobreza es consecuencia, y por lo tanto no es atribuible a los pobres. El principal factor que motiva la indigencia en las posguerras es el desempleo. Su superación como circunstancia debe considerar por lo tanto la intervención estatal, a la vez que el Estado debe usar la plani-

⁶ Cfr. Carmelo Mesa-Lago, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas*, Introducción, Fondo de Cultura Económica, México, 1986. Lecturas núm. 58.

⁷ Rodríguez Mancini, citado en Mercedes Escalante, *op. cit.*, pp. 15 y ss.

⁸ *Ibid.*, p. 10.

⁹ *Ibid.*, p. 22.

ficación como recurso racionalizador y redistribuidor. También debe intervenir en la economía controlando empresas para mantenerlas fuera del "libre juego de las fuerzas del mercado". Estas intervenciones no afectan, sino por el contrario, benefician al sistema democrático inglés.

En general puede considerarse que tanto el seguro social como la posterior concepción de la seguridad social constituyen la base del Estado benefactor. Éste significa una situación permanente de enfrentamiento entre el capital y el trabajo en la búsqueda de rescatar beneficios del producto. Prácticamente hasta 1979 se describen demandas logradas a favor del trabajo en Europa en el sentido de ampliar la protección.¹⁰

Estas experiencias europeas se completan en 1989 y 1992 con los esfuerzos de constitución de la Comunidad Europea en materia de derechos sociales.

La Carta Social de la Unión Europea (1989) establece doce principios para el tratamiento de los asalariados: el derecho a trabajar en un país miembro de su elección; la justa retribución; mejores condiciones de vida y de trabajo; protección social con arreglo a las condiciones del respectivo país miembro; libertad de coalición; negociación colectiva; formación profesional; igualdad en el trato a hombres y mujeres; información, opinión y cogestión; protección de niños y menores; un nivel de vida aceptable de las personas de edad, y fomento de la integración social y profesional de discapacitados.¹¹

A su vez, el Tratado de Maastricht (1992) establece entre los miembros de la Unión Europea, con excepción de Gran Bretaña, el tratado sobre política social, según la cual la comunidad y los países miembros persiguen las metas de fomento de la ocupación, mejora de las condiciones de vida y trabajo, razonable protección social, diálogo social, desarrollo potencial de mano de obra para un alto nivel de empleo y lucha contra la marginación.¹² Para ello, la Comunidad apoya y completa la labor de los países, mejorando el entorno laboral para proteger la salud y la seguridad de los asalariados; las condiciones de trabajo; la información y consulta de los asalariados; la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres en el mercado de trabajo y trato igual en el puesto de trabajo, y la integración social de las per-

¹⁰ Vicente Navarro, "Producción y Estado de bienestar", en Cristina Laurell (coord.), *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, Fundación Friedrich Ebert, México, 1992, pp. 77-78.

¹¹ *Uno para todos, todos para uno...*, op. cit., pp. 42 y ss.

¹² *Ibid.*, p. 42.

sonas marginadas fuera del mercado de trabajo. En 1992 la participación de la seguridad social en el producto interno bruto fue para algunos países europeos la siguiente: Alemania, 27.2 por ciento; España, 22.5 por ciento; Francia, 29.2 por ciento; Gran Bretaña, 27.2 por ciento; Italia, 25.6 por ciento y Suecia, 40 por ciento.¹³ Si bien es cierto en los países hay un cuestionamiento respecto de cómo mantener estos niveles de prestaciones a futuro, la discusión transcurre entre sindicatos, empresarios y políticos.

Un tercer modelo es el socialista, que se da en el marco de un sistema social distinto al capitalista, y de cuya concepción el Estado asume obligatoriedad, como representante del poder de las mayorías, para garantizar la protección de la población.¹⁴ El financiamiento se produce a través de los ingresos estatales por prácticamente la totalidad de empresas y organismos estatales y los privados que hubiere, que pagan además directamente los subsidios monetarios de los riesgos comunes de sus trabajadores por enfermedad, accidentes, maternidad y riesgos ocupacionales. El Estado cubre los déficit. Se trata de una economía donde tardíamente se empieza a considerar la importancia de la estimación de costos, que ha significado un motivo de descontrol en el manejo de sus operaciones y en la calidad de las inversiones para la renovación de las plantas tecnológicas. Los ingresos se distribuyen según prioridades, una de cuyas partidas es la seguridad social. Del plusproducto se destinan recursos a inversiones para la infraestructura que soporta este rubro.

La cobertura de los distintos riesgos se organiza en un sistema de prevención-curación-rehabilitación y prestaciones monetarias, que integra una serie de condiciones para el desarrollo, hasta la protección universal e integral para los distintos rubros del bienestar como seguridad laboral, educación, salud, accidentes y enfermedades profesionales, vivienda y jubilación. En el caso de Cuba, por ejemplo, el sistema de protección integra el seguro social, la asistencia pública y la atención nacional a la salud, distribuida en distintos ministerios e instituciones. Si se consideran algunos de los resultados de la experiencia socialista de Cuba encontramos que el nivel de indicadores clásicos de bienestar —especialmente salud y educación— pueden estar entre los más destacados de la región. Adicionalmente, es el país donde menos dispersión de indicadores existe, fenómeno digno de destacar si consideramos

¹³ Eurostat, 1994, en *ibid.*, p. 43.

¹⁴ Las consideraciones del modelo se hacen fundamentalmente a partir de la situación del caso cubano y de los aportes de Carmelo Mesa-Lago, en op. cit., pp. 377 y ss.

que la subregión se caracteriza por los diferenciales locales, regionales y nacionales de un mismo indicador.¹⁵

El modelo estadounidense se ha caracterizado en cambio por ser el sistema de prestación privada por excelencia, en un marco de seguro social restringido. Influido por el puritanismo vinculado a la ética protestante, la sociedad desarrolló una vertiente según la cual la pobreza es interpretada como falta de esfuerzo individual y voluntad de superación. Desde ese punto de vista, quien solicita ayuda para sobrevivencia es estigmatizado en la medida que usa el trabajo ajeno en su provecho. Esta concepción, además de que "se carecía del contexto necesario para un enfoque reformista estatal de la integración política",¹⁶ es la base del hecho de que sólo después de las graves consecuencias de la Gran Depresión de los treinta el gobierno iniciara una vertiente de intervención estatal dirigida a los afectados por la recesión. Tardíamente, en 1933, cuando los desempleados habían pasado en los últimos tres años de 2 a 15 millones, Roosevelt dicta la Ley de Auxilio Federal de Emergencia, por medio de la cual se establece la responsabilidad federal en relación con el bienestar social. Diversos y sucesivos programas dan coherencia al llamado Nuevo Trato (*New Deal*), que en conjunto contribuyen a crear parte fundamental de la infraestructura pública del país a través de programas de empleo público. En 1935 se promulga la Ley de Seguridad Social que incluye pensiones y jubilaciones; seguro de desempleo; asistencia pública para los niños, ancianos y minusválidos; sanidad y bienestar social a niños y madres en circunstancias de carencia. El Nuevo Trato sentó las bases del surgimiento de Estados Unidos como potencia capitalista dominante, en la medida que la atención a ciertos grupos creó coaliciones que permitieron formar una estructura de cohesión social que lo posibilitó. Sin embargo, a la vez es importante establecer que las limitaciones del seguro social se encuentran en la complementariedad que alcanza respecto de los seguros privados que finalmente constituyen el modelo dominante. Posteriormente, en 1953, se forma el Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar e ingresa el tema al gabinete. Sin embargo se mantiene su naturaleza asistencial y restrictiva para quienes no pueden acceder al sistema de seguros privados, el principal esquema de protección.

¹⁵Un indicador sensible en ese sentido es el de la mortalidad infantil que en Cuba es 8.4 por 1 000 nacidos vivos, con un rango de dispersión de 6 en Las Villas y 9 en Granma; el Gran Santiago tuvo variaciones en 1994 entre 7 y 26 por 1 000 entre las comunas ricas y pobres.

¹⁶James M. Malloy, "Statecraft, política y crisis", en Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 51.

Una revisión sintética de la historia latinoamericana muestra rasgos comunes en la constitución de los estados nacionales y la construcción de las formas de protección. A fines del siglo pasado e inicios del actual la acción pública se limitaba a actividades de saneamiento básico localizada en torno a las actividades productivas exportadoras, formas simples de atención de necesidades básicas por parte del poder local y tareas de aislamiento en caso de epidemias. A su vez, los gremios y trabajadores manuales habían desarrollado importantes sistemas de protección mutual para sus asociados frente a eventos como desempleo, enfermedad y accidentes del trabajo, y muerte. En estas experiencias influyen las corrientes migratorias anarquistas y socialistas provenientes de Europa.

Más tarde los estados nacionales empiezan a transformar e incorporar la beneficencia privada y las formas de protección de artesanos y obreros en gestión de asistencia pública estatal, y posteriormente, promueven la organización de sistemas de seguros y seguridad social, autónomos o vinculados con organismos públicos.¹⁷

Los sistemas de protección social latinoamericanos no pueden definirse en un solo modelo de protección social característico, aunque pueden encontrarse una serie de rasgos comunes más o menos acabados según el desarrollo social y la capacidad con que cada país articuló un proyecto nacional, semejantes en general a la idea del seguro social más que al de seguridad social, asociados con sistemas de prestación estatal. Muchos analistas en política social han establecido semejanza entre el papel de los estados latinoamericanos con patrones del Estado de bienestar social.¹⁸ Incluso algunos han planteado que ciertos aspectos como las protecciones a través de los sistemas de salud y las asignaciones familiares lo acercan mucho al modelo europeo.¹⁹ En efecto, independientemente de que se deban caracterizar con mayor atención sus similitudes y diferencias, es posible coincidir en que el modelo inspirador lo constituyeron estos modelos de bienes-

¹⁷Al respecto véase Carolina Tetelboin, *Neoliberalismo y sistema de salud. La experiencia chilena, 1973-1990*, tesis de doctorado, Universidad Iberoamericana, 1996, capítulo 2; Juan César García, "La medicina estatal en América Latina/1, 1980/1930", en *Revista Latinoamericana de la Salud*, núm. 1, Nueva Imagen, México, 1981; Héctor Hernández Llamas, "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México (1935-1980)", en *Vida y muerte del mexicano*, t. 2, Folios ediciones, México, 1982.

¹⁸Cristina Laurell, *La reforma contra la salud y la seguridad social*, ERA/Fundación Friedrich Ebert, México, 1997.

¹⁹James M. Malloy, en Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 31.

tar. Su aplicación era polémica desde los sectores críticos de la región por la lentitud con que se incorporaban y extendían sus beneficios.²⁰

Otro rasgo común, especialmente entre los iniciadores de estos sistemas en América Latina, como fue el caso de Chile y Argentina, es que pese a las diferentes leyes que contenían beneficios para diversos intereses, frecuentemente éstos no eran reconocidos por los trabajadores y sus organizaciones, llegando incluso a oponerse a su promulgación. Tal oposición se debía al hecho de que su formulación contradecía sus propias formas de organización y protección.²¹ Hay quienes han planteado incluso que los programas de seguridad social se extendieron más bien "como actos básicamente excluyentes por parte de las élites políticas y administrativas en control de la rama ejecutiva del Estado, quienes monopolizaban la capacidad para definir la sustancia de la cuestión social y estructurar la respuesta principal a ella".²² Es decir, constituyó una oportunidad de considerable autonomía del Estado para moldear y estructurar sus interacciones con la sociedad.

Otro elemento de interés es que gran parte de la actividad de estos seguros surgiera en torno a la protección de los trabajadores ferrocarrileros, lo cual da cuenta de la importancia de las actividades extractivas y agropecuarias de exportación a principios de siglo que lo convertían en un sector de punta. Gran parte de su implementación ocurrió a través de cajas de limitadas prestaciones y la posterior incorporación de nuevas prestaciones o el cambio a sistemas más integrales de seguridad social.

Finalmente aunque de primera importancia, destaca en todos los casos el impulso del Estado en su formación, la participación de los distintos sectores involucrados en torno al trabajo, y la población en general a través de los sistemas de impuestos generales para las atenciones públicas del Estado. Gradualmente, con el correr del siglo se va produciendo la concentración y centralización de las decisiones en materia pública a través de la incorporación por el Estado de las iniciativas ciudadanas dispersas y con la creación de programas e infraestructura (hospitalaria y de educación) para la atención de los distintos grupos; la organización de los seguros sociales se desarrolla con distintas modalidades, desde sistemas autónomos para determinados

²⁰ Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 13.

²¹ En la historia de Chile y Argentina se registran hechos de esta naturaleza. Cfr. María Angélica Illanes, "En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia [...]", en *Historia social de la salud pública. Chile 1880/1973*, pp. 196 y ss.; Mercedes Escalante, *op. cit.*

²² Malloy, *op. cit.*, p. 51.

grupos de trabajadores hasta sistemas que combinan con el Estado o el sector privado prestaciones diversas. Desde luego su desarrollo se vincula directamente a las estrategias de los estados por consolidar procesos productivos y más tarde por industrializar los países.

En Chile la Ley del Seguro Social se promulga en 1933 bajo la convicción de que su puesta en marcha permitiría el "mejoramiento de la raza" y posteriormente, en 1936, la Ley de Medicina Preventiva. Hasta 1979 se llevó a cabo a través de 31 cajas de previsión que daban cumplimiento a las garantías del seguro social a sus agremiados, generalmente aglutinados por actividad, aunque el más importante, el Servicio del Seguro Social, cubría a prácticamente el 80 por ciento del total de asegurados. Sin embargo éstos en general contrataban servicios de atención médica con el Estado, en el Servicio Nacional de Salud, la institución fundamental de salud del país.

En México, la primera ley del Seguro Social entra en vigencia en enero de 1943. De carácter autónomo, se implementa fundamentalmente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, y otros sistemas para trabajadores de Pemex, Ferrocarriles, etc. En general dan cobertura al conjunto de eventualidades del trabajador y su familia, con protección frente al riesgo de enfermedad, enfermedad profesional o accidentes del trabajo; pensiones del seguro de vejez, invalidez, cesantía en edad avanzada y muerte, y pensión por incapacidad. De manera también autónoma el Estado, a través de la Secretaría de Salud daba atención a la considerada población "abierta", es decir, sin seguridad social.

En Brasil en 1923 se inicia con la creación de cajas de pensiones por empresas y, en 1933, por lo limitado de éstas, se cambia el sistema por otro basado en la categoría profesional, logrando cubrir prácticamente a la totalidad de trabajadores urbanos y una importante parte de los trabajadores autónomos. A partir de ese momento, el Estado empieza a intervenir en la administración de las nuevas instituciones. En 1960 con la Lei Organica da Previdencia Social se logran uniformar las contribuciones y beneficios de los distintos institutos, y en 1966 se crea el Instituto Nacional de Previdencia Social.²³ Los años 1963 y 1969 son hitos importantes en el desarrollo del Fondo de Asistencia al Trabajador Rural. Sucesivamente se incluyen los trabajado-

²³ Francisco E. Barreto de Oliveira y Kaizo Iwakami Beltrao, "Previdencia social: co-gestão pública e privada", en *Políticas Sociais no Brasil: descentralização, eficiência e*

res domésticos (1972), amparo de los mayores de 70 años e inválidos no asegurados (1974), entre otros. Finalmente, en 1974 se crea el Ministério da Previdência e Assistência Social, encargado de la elaboración y ejecución de políticas de previsión, asistencia médica y social. Otro hito significativo es la descentralización en 1987 que permitió el traspaso de los equipamientos y la compra de servicios al sector privado a los estados, permitiendo una mejor planificación; también es de destacar la reforma a la Constitución, que en 1988 garantiza universalidad e integralidad en la atención a través del Servicio Único de Salud, y reafirma la descentralización a estados y municipios.²⁴ En síntesis, se logran consolidar estrategias públicas basadas en la subrogación de las atenciones al sector privado y más recientemente, después de la reforma sanitaria, la incorporación constitucional del derecho a la salud.

En Argentina, la formación de las leyes de seguro social también está marcada por una importante participación estatal. Así, en 1904 se crea la primera caja de jubilaciones y pensiones civiles que reproduce la idea de las mutuales. Más que cajas de ahorro para la vejez y la invalidez éstas pronto adquirieron la forma de seguros sociales. Sin embargo es hasta 1919 cuando se promulga la ley que crea la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones de empleados ferroviarios.

● Los modelos actuales de protección social

Una razón que ha motivado la crítica a los antiguos sistemas de protección ha tenido que ver por lo menos con una crítica central a la crisis económica de estos sistemas como cuestión genérica. Las fundamentaciones se hacen en torno a lo que se ha llamado la "transición demográfica y epidemiológica", que significaría la imposibilidad a futuro de poder costear sus cargas, aunada a las condiciones de ineficiencia e ineficacia, que exige cambiar los postulados y las relaciones, entregando al mundo privado las soluciones para la protección.

Respecto del centro del problema, situado en la crisis financiera de los sistemas, el desfinanciamiento se crea porque durante la crisis de los ochenta, que se ha definido como una de las más importantes después de la recesión de los treinta, significó la pérdida del empleo, además de una reducción de la masa salarial por el estancamiento del crecimien-

equidade, Instituto Nacional de Altos Estudos e Instituto Latinoamericano de Desenvolvimento Econômico e Social, Rio de Janeiro, 1995, p. 187.

²⁴ *Ibid.*, pp. 188 y ss.

to de los salarios, con lo cual falló uno de los aportes fundamentales de su financiamiento. Sin embargo, el hecho de que una de las características de la economía hoy sea justamente la condición de desempleo, nos sitúa en la imputación a la seguridad social de una situación de la que no es responsable. Por el contrario, en general en los países se ha discutido intensamente la responsabilidad de los modelos económicos adquiridos para enfrentar la crisis, pero sobre todo empieza a existir claridad respecto de la responsabilidad particular de estos modelos para hacer propuestas incluyentes. Por el contrario, estas propuestas se han encaminado a dismantlar los sistemas de bienestar existentes asociando estos problemas estructurales con las deficiencias históricas de su opinión, no obstante que muchas de ellas como el gigantismo, la duplicidad de funciones y el aumento de los costos se debieron al uso político-clientelar de los sistemas, que en su momento resolvió presiones políticas y demandas.

Sin embargo, otro factor fundamental se refiere al papel que tuvieron los fondos de pensiones en la construcción de infraestructura pública para la fabricación de viviendas, reforma agraria y turismo,²⁵ creación de infraestructura de salud,²⁶ etc., sin cuya concurrencia los sistemas o el Estado debieron disponer de otros recursos. En esa medida debe considerarse como un haber social para cumplir los objetivos originalmente propuestos, que debían ser devueltos para su destino original, es decir, el pago de las pensiones. Esto es por lo tanto uno de los argumentos fundamentales en la mayor parte de los países por los cuales las pensiones de los sistemas públicos son bajas. En los gastos públicos generados a partir de impuestos generales se ha señalado el excesivo costo que significa para la sociedad mantener estos sistemas, señalándose este tipo de acciones directas del Estado como un recurso anacrónico con las actuales características de los estados reformados, caracterizados por balanzas de pagos positivas, estructuras simplificadas y ágiles. El costo que significa para los estados mantener sistemas basados en protecciones generales como la de los sistemas de salud y educación serían imposibles en las actuales condiciones, a no ser que se disponga de una reorganización de los recursos generales, a la vez que se simplifiquen los servicios en el sentido de lograr un cumplimiento más cabal de sus objetivos, recreando nuevas condiciones para mantener la eficiencia y eficacia, sin afectar el sentido de protección

²⁵ Carmelo Mesa-Lago, "Enfoque socialista, de mercado y mixto", en Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 380.

²⁶ Nos referimos al caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, de México, gran parte de cuya infraestructura se edificó con los fondos de pensiones.

para los afiliados ni responsabilizarlos exclusivamente del costo de los sistemas.

Finalmente puede agregarse el modelo actual basado en sistemas de protección individual y administración privada, donde el aporte se contrapone a determinadas prestaciones equivalentes, siempre y cuando se cumplan las reglas establecidas, sobre elementos que no dependen del cotizante, como la estabilidad en el empleo, la edad y sus condiciones de salud. Los diagnósticos han señalado distintos argumentos para el cambio de los sistemas de protección.

Prácticamente todas las políticas sociales y sus referentes de asistencia han sido revisados en las últimas décadas a fin de limitar sus efectos. En el caso europeo las innovaciones más importantes se desarrollaron con Margaret Thatcher en Inglaterra, la derecha en Suecia incorporó aspectos de libre elección con sistemas alternos de mercado, que no lograron los resultados esperados, fracasos que han servido incluso para desistir de las intenciones de introducción de mecanismos privados, insistiendo por el contrario en mantener la naturaleza de los sistemas solidarios; prueba de ello es la extensión de beneficios del sistema de seguridad social en España, donde la cobertura ha llegado a ser prácticamente total. A su vez, el sistema de salud pública canadiense ha buscado fórmulas para integrar modalidades que les permitan el control de los gastos, pero siempre bajo las premisas de la concepción pública.

Por otro lado la evidente crisis del sistema estadounidense, el más caro del mundo, manifiesta a través de la elevación de los costos, los gastos excesivos de administración, el creciente incentivo a las tecnologías y procedimientos, y la incapacidad del sistema para integrar al conjunto de sus habitantes al sistema privado de bienestar, refiriéndose que en la actualidad hay una magnitud del 14 por ciento de la población a cualquier sistema de protección y con tendencia a aumentar en la medida que la crisis económica se amplía a nuevos sectores, una fórmula a la que desgraciadamente nuestros países parecen apegarse. Después de las iniciativas Clinton en su primer periodo por formar un sistema nacional de salud y de llevar a una profunda crítica el sistema de protección estadounidense, de las alternativas destinadas a controlar los costos a través de los novedosos servicios de atención administrada, HMO, pero cuyos indicadores recientes insisten en su incosteabilidad,²⁷ la crisis sigue instalada y en suspenso.

²⁷En esta dirección han aparecido diversos artículos en *The Economist*.

De todos estos casos, el latinoamericano ha sido, en cambio, el que ha tenido mayor capacidad de transformación. De manera espectacular ha hecho suya una serie de iniciativas "modernas" inspiradas en las ideas de la nueva derecha mundial, destinadas a transformar las relaciones del Estado con la sociedad y con ello, para este caso, los sistemas de seguridad social todavía incompletos e inmaduros, por nuevos esquemas que todavía no han demostrado ser exitosos en ningún lugar del planeta.

En América Latina las soluciones parecen haber predispuesto una voluntad de ahorro público, cuya vía de resolución se ha desarrollado a través de la vertiente privatista, y donde los gobiernos apuradamente han intentado desentenderse de las obligaciones de otrora, entregando importantes responsabilidades, atribuciones y recursos públicos a la iniciativa privada, bajo la idea de que esta "modernidad" contiene atributos inmediatos en el terreno de la eficiencia y la eficacia. Los resultados conocidos hasta ahora no permiten sostener dicha creencia.

Si bien los que llamaremos antiguos sistemas de bienestar adolecían –todavía hoy donde perviven– de problemas económicos, administrativos y de servicio, su cambio al nuevo sistema no obedeció a estas consideraciones o a su corrección, ni mucho menos al producto de un análisis objetivo o al juicio público e informado de sus sociedades. El correr del tiempo y el ímpetu de la "modernidad" opacan frecuentemente los antecedentes que dieron entrada a los nuevos sistemas y pusieron término parcial o total a las instituciones previas.

El primer caso donde se forjan cambios estructurales que pueden pensarse como modelo de las alternativas actuales en América Latina fue Chile en la época de la dictadura militar. En 1980, después de siete años de búsqueda de una alternativa viable que permitiera reorientar el curso político y social, el régimen dio organicidad a un proyecto de Estado mínimo y sociedad privada. Ésta constituyó una de las experiencias más completas e innovadoras en materia de política social, posible en el marco de la modificación simultánea de los aspectos centrales de ellas: relaciones económicas, políticas y laborales centraron en el individuo la responsabilidad y resolución de los distintos eventos que lo afectarían durante su vida. La sociedad chilena debió soportar los experimentos más increíbles que dieron finalmente certidumbre y financiamiento al modelo: la mayor pérdida del poder adquisitivo de su historia moderna, la mayor de las cesantías, la aplicación de políticas de *shock* que, en vez de compensar, sometieron los recursos privados y públicos a restricciones impensables, la disminución del gasto público a niveles severos, *cracks* financieros, la apli-

cación de políticas sociales disciplinadoras y focalizadas, entre otras. Con ello se da una vuelta de 180 grados a la historia precedente y se establecen constitucionalmente las garantías del capital frente al trabajo. La evolución de la distribución del ingreso es muestra y síntesis de estos acontecimientos.

Es importante recuperar esta experiencia en la medida en que permite situar el origen de las alternativas actuales en seguridad social del subcontinente. Reproducir este tipo de medidas, más allá de las necesidades económicas, nos ubica en el terreno de la reproducción de cierto tipo de relaciones que transforman una sociedad solidaria a otra regida por la lógica de mercado como criterio fundamental. La consecuencia en política social es que se pasa de lógicas integrativas basadas en criterios de necesidades y derechos ciudadanos, a otra excluyente según el ingreso, que define la capacidad de resolver individualmente en el mercado las necesidades más diversas, o aceptar las condiciones de deterioro del sistema público para resolver lo que éste decida como de su competencia o capacidad.

Entre estos productos finales y las consideraciones sobre las concepciones y características de los procesos democráticos, hay una relación directa. Cuando se atribuye a los sujetos o ciudadanos responsabilidad individual sobre sus riesgos y su resolución, se diluye el carácter social de las relaciones, y por lo tanto la causalidad de los fenómenos. Esta concepción afecta de manera directa las relaciones sociales y humanas en la medida que cada quien es finalmente responsable de sus propios riesgos.

Desde luego las condiciones ideales en que se llevó a cabo el proyecto chileno y cuya profundidad explica seguramente sus "éxitos" relativos, han sido irrepetibles en otros países. Los acercamientos sin embargo se han realizado por aproximaciones sucesivas, en medio de trabas fundamentalmente políticas que impiden profundizar más las características de las reformas, o avanzar en los distintos terrenos al mismo tiempo. Se ha escrito por ejemplo que "hay consenso en que el proceso de flexibilización laboral realizado en la mayoría de los países de América Latina ha obedecido a situaciones *de facto*, más que a regulaciones explícitas", ante la imposibilidad de transitar de modo legislativo por las presiones de las organizaciones laborales.²⁸ En otros casos, en medio de procesos de tránsito político, se han adoptado

²⁸ Cfr. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, *La brecha de la equidad, América Latina, el Caribe y la Cumbre Social*, Santiago de Chile, 12 de marzo de 1997, p. 88.

medidas complementarias al modelo que han permitido disminuir los efectos negativos y mantener niveles apreciables de participación social, estatal y patronal en los riesgos, como puede ser el caso colombiano. Si bien en el caso de México se ha avanzado en la reforma de la previsión en el IMSS, esta experiencia no se ha podido generalizar a la salud. Ello ocurrirá seguramente en la medida que la estrategia de paquete básico aplicada por la Secretaría de Salud avance y permita estratificar la atención del primer nivel no sólo en sus instituciones, sino también la extienda a las prestaciones en las instituciones de seguridad social una vez que madure. Al mismo tiempo los atrasos en la ley laboral frenan el desarrollo de nuevas iniciativas pendientes en la agenda reformadora.

Por lo tanto, si bien la transición demográfica y epidemiológica es un factor fundamental que presiona al cambio en la medida que el envejecimiento y las características de la población suponen una carga insostenible para las generaciones productivas futuras, el cambio sin embargo pareciera transitar en una dirección opuesta a lo que un entorno de pobreza y desigualdad²⁹ como el que caracteriza a la región, aconsejaría. Aquí cabe la pregunta, ¿a qué responden entonces las reformas actuales? La respuesta pareciera dirigirse a explicar cuestiones inmediatamente vinculadas al capital, más que a resolver problemas sociales, como la incorporación de capitales frescos antes reservados al interés público o social, garantías para que el capital pueda reproducirse en circuitos cerrados que en efecto han demostrado en corto tiempo una capacidad extraordinaria para acumular y concentrarse. Una vez más, el caso de Chile es aleccionador en ese sentido, puesto que los recursos originados por los de mayores ingresos se organizaron en sistemas de pensiones, salud y accidentes del trabajo cual si se hubieran repartido un próspero y nuevo campo de acumulación a costa de fondos que a su vez significaron dejar, en el caso de la salud, los de la mayoría de la población de exigüos ingresos en la administración estatal.

A su vez, las reformas originan condiciones para establecer en el mediano y largo plazo las demandas en un marco de "derechos y

²⁹ Las consideraciones en torno a las condiciones de pobreza del continente que realiza recientemente la CEPAL no hacen pensable en el mediano plazo un cambio de sus tendencias. Por el contrario, sus conclusiones son que la pobreza disminuye levemente cuando se crece a determinados ritmos, pero cuando pierden dinamismo, los recursos se concentran. CEPAL, *op. cit.*

deberes" distinto, cambio cultural que transforma a la población de carga social en responsable de sus propios riesgos.³⁰

Al plantearse las soluciones a partir de un énfasis que releva el problema del financiamiento por sobre las consideraciones poblacionales futuras, las políticas públicas y sociales se someten a un ejercicio de planeación societal que supone la falta de derechos y la exclusión como sus elementos centrales. La derivación política que tal situación sugiere se asemeja a sociedades no representativas. Por el contrario, un contenido diferencial a partir de consideraciones políticas en un entorno democrático podría derivar en consecuencias distintas. En ese sentido se postula aquí la necesidad de la elaboración de tendencias económicas que garanticen escenarios de derechos y servicios/beneficios integrativos.

Una de las razones fundamentales que se aducen para el cambio es el problema del financiamiento de los sistemas de seguridad social y asistenciales. Éste es sin embargo un problema de naturaleza económica más que de competencia del modelo de seguridad social o asistencia pública. Mientras a éste le corresponde garantizar las condiciones de reproducción de los ciudadanos en las condiciones más efectivas para una buena calidad de vida, al modelo económico le corresponde garantizar las condiciones de un determinado modelo de desarrollo para su financiamiento. De esta manera, el gran reto debe ser, para la economía, más que buscar el ahorro a través de estrategias extractivas de recursos individuales, garantizar condiciones de desarrollo que se adecuen a las características de las poblaciones.³¹

Este cuadro general lleva a plantear algunas reflexiones *a priori* en torno a lo que puede ser una real alternativa para la protección de los riesgos de las poblaciones bajo la consideración de argumentos opuestos a los frecuentemente expresados por los gobiernos latinoamericanos, que han sido justificaciones a una posición que ha intensificado la participación en asuntos públicos exclusivamente en los rubros o aspectos rentables.

³⁰Sobre la existencia de este proyecto para las grandes masas mundiales puede verse Banco Mundial, *Informe Invertir en Salud 1993*, Washington, 1993; sobre una interpretación al mismo, Cristina Laurell (comp.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert, México, 1993.

³¹Cfr. Humberto Vega, *Impacto socioeconómico de las tendencias demográficas, Chile: 2000-2024*, ponencia presentada en el seminario Población, Sociedad y Mapa Político Electoral del Siglo XXI, Ministerio de Planificación y Cooperación, Unidad de Estudios Prospectivos.

No es la idea de este ensayo desconocer el vínculo entre desarrollo económico/desarrollo social. Por el contrario, en su versión actual, esta relación expresa una particular síntesis, según la cual la economía se constituye en el elemento central de la construcción social, subordinando a los demás aspectos. Se trata de un conflicto de base económica en la medida que el asunto de la seguridad social supone un conflicto entre las necesidades de acumulación de capital en la economía, los niveles de consumo popular y las necesidades fiscales del Estado.³² Sin embargo

...las soluciones económicas y técnicas del problema exigen que los gobiernos encuentren la voluntad y el vigor políticos necesarios para la implantación de medidas difíciles, tales como la elevación de los impuestos o la reducción de los beneficios.³³

De ahí se derivan definiciones sobre diversas consideraciones sociales que ponderan una preocupación vinculada al fenómeno costo-efectivo, que subordina el segundo término al primero, con consecuencias que pueden ir desde la pérdida de sentido de las acciones públicas hasta efectos serios en la población sujeta a tales criterios. Otras perspectivas, en cambio, han sostenido la idea de centrar en objetivos sociales vinculados a la calidad de vida la reorganización en la producción y en el uso de los recursos y servicios, incorporando las nuevas lógicas de racionalidad del gasto a estos efectos pero sin afectar sus objetivos. Ambas concepciones tienen derivaciones distintas para el futuro. De ahí que un tema preferente sea la discusión sobre la "escasez de los recursos", que da fundamento a las teorizaciones y medidas prácticas en la perspectiva señalada. Habitualmente situado a nivel de conflicto económico, la falta de recursos es una falacia que cumple una función fundamental de disciplinamiento y control de las expectativas que permite hoy modelar la sociedad, tal como en otro momento este papel fue desempeñado por el ejercicio del terror. En la lógica vigente es impensable una disponibilidad de recursos para cuestiones sociales mayor que la actual a través de vías distintas que no sean la contribución individual. La razón es bastante socorrida: hacerlo —se dice— sería volver a generar la tendencia que llevaría nuevamente a la crisis fiscal y a la pérdida del control de la economía. Desde

³²Malloy, *op. cit.*, p. 30.

³³*Idem.*

luego, se parte de la base de la imposibilidad económica como fenómeno explicativo a la existencia de techos presupuestales para la tarea pública, cuestión que contrasta con la concentración del ingreso y el dispendio privado.³⁴

La discusión de temas como el que aquí nos ocupa nos lleva a sugerir la necesidad de politizar la discusión, en la medida que ~~lo que~~ está en juego en la crisis de los modelos de bienestar tiene que ver más directamente con la incapacidad de los modelos económicos de poder financiar los objetivos del desarrollo. Malloy ha caracterizado suficientemente la crisis del Estado benefactor como un asunto político. Sus argumentos se basan en que la política fundamental del Estado benefactor es la seguridad social, que como política pública elaborada por el Estado tiene profundas consecuencias, en la medida que de ella dependen "transferencias masivas de ingresos entre los grupos sociales", cuestiones ideológicas y de distribución del poder en la sociedad, la organización del control social y la adecuada relación entre el Estado y la sociedad.³⁵

Bajo los actuales modelos, por el contrario, se cambian y restringen los objetivos sociales, se individualizan y supeditan a las posibilidades de la economía, una economía depredadora, segregadora, frágil y volátil. Esta discusión circunscrita hasta ahora al ámbito en que se reconocen los expertos, debe ser abierta para alcanzar los niveles de un debate nacional cuyo objetivo sea la búsqueda genuina de un modelo de desarrollo que permita la estabilidad política a través del bienestar de las personas. Por lo tanto, el de los recursos es, inevitablemente, un tema de la política, que en consecuencia se habrá de resolver en algún momento en este sentido y en alguna de sus versiones.

Una característica de las llamadas reformas en salud y previsión es que las decisiones centrales se han tomado desde las instancias internacionales,³⁶ y desde ahí han permeado los sectores duros del poder nacional, a los políticos y tecnócratas de la administración que, según las circunstancias las han adaptado a las condiciones nacionales. Uno de los principales argumentos ha sido la necesidad de entregar a los ciudadanos su capacidad de elección, sin embargo ésta sólo se ha atendido a tomar decisiones de segunda clase, como puede ser a qué Afore o AFP elegir, como si tal acto constituyera un hecho de

³⁴ CEPAL, *op. cit.*

³⁵ Malloy, *op. cit.*, pp. 29-30.

³⁶ En relación con los criterios básicos de la reestructuración pública, véase Banco Mundial, *op. cit.*

soberanía. Ningún país, excepto la República Oriental del Uruguay, ha consultado a sus ciudadanos en relación con los cambios en los sistemas de pensiones.

Estas ideas intentan ser una contribución para pensar el futuro y sus alternativas con nuevos elementos que cambien las tendencias y las intervenciones actuales. Desde esa perspectiva aparecen como discutibles las posiciones que dan por hecho que las reformas actuales a los sistemas de protección no son las únicas posibles, por no decir las mejores, o quienes se entretienen en su administración o perfeccionamiento. Quién, cómo y por qué se generaron los actuales sistemas en boga es algo que debe preocupar a la población, los especialistas y los técnicos más allá de su estricta aplicación o de la detección de sus posibles errores. En tal sentido aquí se postula que existen errores de fondo que deben ser señalados para encontrar nuevas alternativas que respondan no a necesidades inmediatas y coyunturales de determinados grupos, sino que apunten a establecer proyectos inclusivos y de largo plazo mejores que los que intentan superar. En tal sentido, no se trata solamente de una cuestión de eficacia en función de costos; por el contrario, se trata de buscar alternativas de costos subordinados a necesidades sociales.

En esa línea de argumentación también es útil reconocer que en el debate reciente sobre los recursos han demostrado ser más eficientes los sistemas basados en economías de escalas que en sistemas atomizados como los privados. Mientras en el primer caso se agotan los presupuestos por la atención de muchas personas, frecuentemente las más pobres y las más enfermas, en el caso de los privados se gasta excesivamente en atenciones muchas veces innecesarias que requieren control de costos de los usuarios y los prestadores de servicios, excesivos.

De proseguir las tendencias actuales en seguridad social, se advierte el riesgo de perder bases productivas y de servicios históricas, experiencias de recursos humanos y bienes naturales, además de continuar arriesgando la convivencia manteniendo sistemas políticos que se avalan formalmente en el hecho democrático, pero cuyo ejercicio no se conduce con la búsqueda de fórmulas más equitativas; por el contrario, están facilitando las condiciones de profundas y excesivas polarizaciones, indeseables en cualquier sentido. Mientras para algunos la existencia transcurre con acceso a los distintos componentes del bienestar, para otros, en cambio, su carencia genera la imposibilidad de enfrentar los efectos más previsibles; las condiciones de vida afec-

tadas por la falta de alimentación, de condiciones higiénicas básicas, de vivienda adecuada, no digamos de actividad creadora, estimulante y dignificadora como el empleo, que finalmente llevan de manera prematura e innecesaria a la enfermedad, la incapacidad y la muerte. En el entretanto, espacios de insatisfacción que merman la calidad de vida, la dignidad, y que son expresión última del abandono social.

Los esquemas de protección social han variado de manera importante en los últimos años, adoptando un esquema que en *strictu sensu* dejó atrás las premisas sociales de la seguridad social, convirtiéndose en un producto organizado bajo las premisas de la lógica privada. Desde luego, las características históricas y sociales han influido en su definición: consideraciones como la naturaleza de las instituciones de bienestar previas, de las características políticas y poblacionales, los procesos políticos, de los fondos acumulados previamente en los distintos sistemas, los aspectos centrales obedecen a una lógica común que antepone a las condiciones del bienestar no sólo las condiciones económicas sino, sobre ello, las condiciones de acumulación de determinados capitales. Se postula aquí que de no mediar hallazgos que permitan incorporar variantes de control social y públicos fundamentales, la tendencia será a homologar durante un tiempo no muy largo los rasgos del sistema chileno, que en estos momentos está siendo profundamente cuestionado en sus resultados.

Algunas consideraciones generales sobre los rasgos de los modelos actuales son que para 1994 existían cinco países que habían implantado sistemas privados de pensiones: Chile (1981), Perú y México (1992), Argentina (1993) y Colombia (1994); Bolivia y Ecuador actualmente están implementando modelos junto a Paraguay. Hasta ese momento los sistemas habían captado 25 millones de afiliados según evaluaron los superintendentes de fondos de pensiones en Santiago de Chile en diciembre de 1995.³⁷ Entre los rasgos que caracterizan a estos sistemas se encuentran la capitalización individual, la administración privada de fondos de origen social, sin riesgo de inversión previa, la separación de los distintos riesgos y tendencia a la eliminación de la contribución patronal. Sesgo de la población para los sistemas públicos y privados, con selección de los pobres, viejos y enfermos, a diferencia de los de mayores ingresos, más jóvenes, con empleo y más sanos. Sistemas privados asegurados con la garantía pública en caso de riesgo de pérdida o de expulsión de los sistemas privados;

³⁷ *El Mercurio*, viernes 29 de diciembre de 1995, p. B24.

estratificación de la población entre los que pueden pagar y los carentes absolutos, que derivan a corto plazo en los programas focales y paquetes limitados; aumento de la edad para pensionarse. Significa que aumenta el tiempo durante el cual se contribuye al fondo y disminuye el tiempo y condiciones para el disfrute posterior del mismo; no hay garantía de que se reciban pensiones o servicios superiores a los de los antiguos sistemas; volatilidad y fragilidad de las inversiones de los fondos, lo que no garantiza niveles de productividad de los mismos; elevación del costo de las primas por costos de administración elevados; sistemas que requieren contabilidades individualizadas, y por lo tanto de excesivo costo de administración; necesidad de permanecer permanentemente empleado; sin participación de los propietarios de los fondos en las decisiones de inversión. Éstas no tienen en general destinos para inversión social; sistemas de exclusión y no de inclusión.

En relación con el financiamiento, diversos aspectos indican que se trata de un buen negocio privado. En primer lugar se destaca el hecho de que son sistemas que en cualquiera de sus vertientes (pensiones, salud, riesgos del trabajo) no requieren de una inversión significativa por parte de sus administradores. En 1994 se estimaba que la región administraba por este concepto fondos por un valor de 35 000 millones de dólares.³⁸

De lo anterior se deriva que las estrategias actuales obedecen a una voluntad pública basada en el interés privado de ciertos grupos y por lo tanto coyuntural, y, en consecuencia, no contribuyen a garantizar un desarrollo sostenido y estable; por el contrario, ofrecen soluciones a la crisis y al reacomodo de los mecanismos de acumulación basadas en el deterioro de las condiciones de reproducción de las poblaciones y la expoliación al infinito de sus recursos personales y los naturales de la región.

Las características de estos sistemas derivan de una forma particular de entender la "modernidad". Ésta se desprende de la organización del poder en el marco de los que se han llamado procesos neoliberales. El interés privado por manejar la cuestión pública se forjó primero a la luz de los gobiernos autoritarios militares y más tarde desde formas "democráticas" también autoritarias aunque sutiles, representadas frecuentemente por tendencias de centro político que han permitido aplicar y/o mantener estos proyectos presentados como los

³⁸ *Idem*.

únicos viables. En lo fundamental, su afán restrictivo al interés general, o al menos condicionado al crecimiento sostenido, impensable desde las actuales tendencias, han generado políticas públicas y sociales consecuentes.

Entre los efectos indeseables –que ya empiezan a considerarse– se encuentra el cambio en el papel principal que tenía el Estado como factor de desarrollo desde prácticamente principios de siglo: promotor del desarrollo, financiador de la infraestructura pública, organizador de la convivencia sobre condiciones sociales, producto de complejas pugnas y difíciles negociaciones concertadas, orientador de los flujos de recursos y su destino hacia políticas sociales como mecanismo para la redistribución del ingreso, fomento del empleo, incentivador del desarrollo económico y propiciador u organizador directo de sistemas de bienestar que conjugaron de maneras particulares las relaciones de sistemas de seguridad social con sistemas de protección pública asistencial.³⁹

No es que estos sistemas deban ser defendidos a ultranza. Lo que decimos es que se debe avanzar hacia sistemas superiores, y el marcado vuelco que se está produciendo no es mejor ni más consistente del que había, a la vez que se rompe una tendencia histórica de conquista de derechos a través del Estado, que limita la reproducción de importantes grupos de la sociedad.

Estas formas de protección que en algunos casos se asemejaron a lo que podría entenderse como un Estado benefactor latinoamericano, aunque limitado en sus alcances en la medida que nunca logró extender sus beneficios y alcanzar a mayores segmentos de la población, mantuvo sin embargo el objetivo de alcanzar estas metas.⁴⁰ Este hecho es tremendamente importante de considerar en una revisión del tema que nos ocupa. No obstante, de manera diferencial, los distintos países impulsaron la reproducción de esquemas de seguros y de seguridad social que constituyeron la forma más avanzada de protección y de alianza social puesto que involucraban distintos actores sociales, se avanzó en el establecimiento de los derechos y en la construcción de

³⁹Para discutir este punto puede ser de utilidad Ernesto Villanueva, “¿El estado postkeynesiano permite políticas sociales?”, en *Revista de Ciencias Sociales*, núm. 2, Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 1995. También, Sheila B. Kamerman y Alfred J. Kahn (comps.), *La privatización y el Estado benefactor*, Fondo de Cultura Económica, México, 1993, especialmente los capítulos iv y v de la primera parte.

⁴⁰Aunque señalado como “objetivo lejano” por algunos autores, no cambia la naturaleza de expectativa alcanzable. Cfr. Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 10.

infraestructura y prácticas solidarias e intergeneracionales que amalgamaron el cuerpo social.

Desde este punto de vista pareciera que se ha vuelto atrás en la forma en que las sociedades están resolviendo sus condiciones de protección, aun en la eventualidad de que se lograra el objetivo primordial del nuevo modelo en condiciones de “sanidad” de las nuevas empresas. Los antiguos sistemas han sido criticados por su costo, el desfinanciamiento, la irracionalidad administrativa; todo ello sin considerar la situación de los entornos, ha provocado un cambio sin oportunidad para demostrar su viabilidad en sistemas no corruptos y con administraciones eficientes. Los actuales sistemas no han demostrado hasta ahora ser más eficientes, eficaces o más perfectos. Tampoco que son más baratos. Simplemente obedecen a otra lógica, tienen más recursos, se desarrollan al amparo privado, pero fundamentalmente han incorporado al mundo de la ganancia y de los negocios recursos que anteriormente se dedicaban a un interés más general, bajo la tutela del Estado. También han cambiado los objetivos en los nuevos territorios conquistados.

● Hacia las alternativas en seguridad social

La situación actual es que se ha puesto teóricamente fin a la esperanza que abrió la seguridad social como “compromiso de la sociedad de proteger a la población contra las grandes contingencias sociales (incapacidad, vejez, desempleo, enfermedad, etc.) fuera completo y universal para todos los ciudadanos desde el nacimiento hasta la muerte”. Mientras el seguro social es considerado una técnica y la seguridad social un objetivo lejano.⁴¹

Una alternativa hacia la seguridad en el escenario capitalista depende de las condiciones de acumulación y sus escenarios, que establecen las nuevas relaciones entre la vieja disyuntiva de la coerción y el consenso. Malloy propone que alternativas de cambio de sistema, por el contrario, deberían encontrar las que extendieran los derechos sociales a derechos civiles y políticos, o que desarrollara un derecho ciudadano general a un mínimo “humano” nacional o a un nivel de adecuación sobre el mínimo universal.

⁴¹Giovanni Tamburi, “Seguridad social en América Latina”, en Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 79.

Las políticas sociales de hoy y los sistemas de protección que proponen no son alternativas suficientes para nuestros países, en la medida de que no prevén el futuro y las consecuencias que hoy generan en relación con el desamparo de importantes sectores de la población de los países de América Latina y el mundo. El pleno mercado es operable en países pobres y mal administrados sólo para una élite que no pasa del 25 al 30 por ciento de la población. Para el 70 al 75 por ciento restante operan las políticas públicas para pobres, basadas en estructuras deterioradas y trabajadores mal remunerados, con atención simplificada, con políticas excluyentes y segmentadas; con poblaciones escrutadas al infinito a efecto de determinar exactamente si son merecedoras de miserables subsidios, o tamizadas por los sistemas costo-efectivos para definir qué padecimientos merecen ser atendidos.

Se trata de un gran sistema de inequidad social sin precedente en la historia moderna que además no sólo no resuelve, sino destruye sin alternativa los sistemas anteriores basados en modelos universales, solidarios, integrales y extensivos en el tiempo, a pesar de sus profundas carencias.

Hablar de un sistema alternativo en protección social para nuestros países significa discutir los límites de los proyectos actuales. Hablar hoy día de alternativas en seguridad social requiere pensar en posibilidades a construir, inexistentes, surgidas desde la historia hacia el futuro, en función más que de tendencias acotadas, de aspiraciones sociales en entornos políticos potenciados por la capacidad de deliberar. De dónde venimos, pero fundamentalmente hacia dónde vamos o hacia dónde queremos ir, permiten esbozar las características futuras de un sistema de protección posible para nuestros países.

Algunos autores han sostenido que la incapacidad para erradicar la pobreza es inherente a la propia concepción teórica que sustentan las políticas. "El limitado éxito que tanto el modelo desarrollista como el neoliberal han tenido en erradicar la pobreza no reside principalmente en los problemas administrativos e institucionales que confrontan las políticas económicas y sociales sino en la concepción misma del desarrollo económico."⁴² Según este punto de vista, que compartimos, ambos enfoques consideran la pobreza como un fenómeno residual, cuando en realidad es producto directo del sistema imperante; de ahí

⁴² Enzo del Búfalo, "El Estado y la pobreza en América Latina", en CEPAL/CLAD/SELA, *Desarrollo con equidad. Hacia una nueva articulación de políticas económicas y sociales en América Latina y el Caribe*, Nueva Sociedad, Venezuela, 1996, p. 134.

que bajo el marco de la globalización "la tasa natural de pobreza planetaria tiene aproximadamente los mismos valores que la tasa natural de pobreza en América Latina".⁴³

El problema de fondo por lo tanto no es la conveniente articulación entre políticas económicas y sociales sino el diseño de una política global que permita construir un sistema económico que elimine la dicotomía entre objetivos económicos y objetivos sociales.⁴⁴ De esta manera puede ser posible satisfacer las necesidades sociales de esta época, sin exclusiones.

Las soluciones al sistema de protección en nuestros países se derivarán de una voluntad de cambio basada en hipótesis reales sobre las perspectivas futuras. En tal sentido, se han identificado características como la pobreza y sus derivaciones como una condición de determinados proyectos, que demostraron y demuestran hoy ser incapaces de superarla en la medida que es condición estructural para la existencia del capitalismo. Tal situación sólo es posible sobre la base de la politización de las decisiones que permite expresar los intereses de los sectores involucrados en la toma de decisiones.

La pregunta finalmente es qué necesitamos y cómo podemos financiarlo. Al respecto es interesante analizar las características de la reforma brasilera, la primigenia, la única con carácter innovador pese a los problemas que enfrenta, y de cuyo título se colgaron los procesos de reforma posteriores de la región, con un sentido absolutamente opuesto. Desde luego la característica y diferencia es la gran movilización que precedió a la Constituyente. Algunos comentarios sugerentes que pueden inspirar verdaderos procesos alternativos para nuestros países deben orientarse seguramente en esta línea: ampliar los procesos democráticos para que recojan la expresión diversa de la sociedad; construir procesos y estructuras que amplíen los derechos y servicios, y no que los restrinjan y llenen de candados. Procesos y estructuras que garanticen soluciones viables en término de resolver los problemas reales, con recursos simplificados, con uso extensivo de mano de obra, con estructuras de costos simplificados.

Nós, constituintes de 88, somos acusados de demagogos e irresponsáveis porque prometemos coisas e criamos benefícios que o País não poderia bancar. Isso é má fé porque a única área do Esta-

⁴³ *Idem.*

⁴⁴ *Idem.*

do brasileiro onde a Constituinte e as leis posteriores previram arrecadação capaz de manter estas estruturas foi justamente na Seguridade Social, onde a arrecadação inclusive tem crecido a cada ano. O Capítulo da Seguridade Social contido na Constituinte foi onde mais se avançou na definição de uma estrutura social moderna, democrática e de ampla inclusão dos varios segmentos que compoem a sociedade brasileira.⁴⁵

⁴⁵Declaraciones del diputado federal Eduardo Jorge, aparecidas en "A saúde e a reforma da seguridade social. Reformar a Previdência ou cumprir a Constituição?", en revista *Tema*, Programa Radis/Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, julio de 1997, p. 7. A nosotros, constituyentes de 88, se nos acusa de demagogos e irresponsables porque prometemos cosas y creamos beneficios que el país no podría financiar. Ésa es mi opinión, porque la única área del Estado brasileño donde la Asamblea Constituyente y las leyes posteriores previeron una recaudación capaz de mantener estas estructuras fue justamente la Seguridad Social, donde la recaudación incluso ha crecido cada año. El capítulo de la Seguridad Social contenido en la Constituyente fue donde más se avanzó en la definición de una estructura social moderna, democrática y de amplia inclusión de los distintos segmentos que componen la sociedad brasileña.

La reforma pensional en América Latina. Apuntes para la crítica desde la izquierda*

Luis Gutiérrez Urdaneta

América Latina es hoy escenario y laboratorio de una de las más radicales reformas de "segunda generación": la reestructuración de los sistemas de pensiones. Hasta la fecha se ha ejecutado en dos etapas: la primera, que comprende la reforma chilena de 1981 y la colocación del asunto y el desarrollo del debate en varios países durante el resto de la década, y la segunda, ya con el Consenso de Washington, con las reformas de Argentina, Uruguay, Colombia, Perú, México, Bolivia y El Salvador a partir de los noventa.¹ El tema está además en discusión en otro gran número de naciones y es muy probable que nuevos experimentos se agreguen próximamente a la lista.²

Aunque las características de las reformas llevadas a cabo difieren sobre todo en la profundidad de las transformaciones, confluyen en los principios generales: conceden mayores espacios a la administración privada de los fondos, tienden a sustituir total (Chile)³ o par-

* El presente artículo fue elaborado a partir de dos presentaciones del autor en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM y en el Instituto de Estudios de la Revolución Democrática, que contaron con los valiosos señalamientos de Berenice Ramírez, Odilia Ulloa, Leticia Treviño y Saúl Osorio, quienes me sugirieron transformarlas en un texto publicable.

¹A inicios de la década en curso Costa Rica realizó una reforma no "estructural", que sólo ajustó el sistema público de capitalización parcial. Sin embargo, en 1995 adoptó el Régimen Privado de Pensiones Complementarias de contribuciones voluntarias, que no modifica el programa público pero permite la creación y funcionamiento de las Operadoras de Planes de Pensión privadas. Cfr. Francis Revé, "Oportunidades Centroamericanas", ponencia presentada en el evento Pension Management Latin America, Miami, 1997.

²Está en la agenda política en Brasil, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Venezuela. Banco Interamericano de Desarrollo, *Progreso económico y social de América Latina. Informe 1996*, Washington, noviembre de 1996.

³O casi total, porque la reforma chilena excluyó a las fuerzas armadas y policiales, que se mantuvieron bajo el sistema estatal de reparto. "Curiosamente", en Argentina, Perú, Colombia y Uruguay tampoco las fuerzas armadas han sido incluidas. Carmelo Mesa-Lago, *La reforma de la seguridad social en América Latina y el Caribe*, Ciedess, Santiago de Chile, 1994, p. 250.

cialmente los sistemas de reparto o de capitalización parcial colectiva (mediante prima media escalonada) por regímenes de capitalización plena e individual, y refuerzan el papel asistencial del Estado en la garantía de pensiones mínimas para contribuyentes y –universales en algunos casos– para los ancianos pobres.

El diagnóstico neoliberal ha utilizado muchas de las críticas de la izquierda a los regímenes tradicionales de la seguridad social en la región, mezcladas con otras de su propia cosecha sin fundamentación empírica y ordenadas en conjunto en un orden causal erróneo. Así, en buena medida ha logrado llevar “el agua a su molino”. La corriente de pensamiento dominante señala como los principales problemas que requieren una reforma radical: la crisis financiera de los sistemas públicos de reparto o de prima media escalonada debido a la transición demográfica, la evasión y los cambios en los “mercados de trabajo”; las bajas pensiones que se otorgan; la inequidad de los regímenes; la ineficiencia de la administración pública; la negativa contribución de los sistemas de reparto al ahorro interno, y la baja cobertura. Finalmente, que la reforma “estructural”, basada en el mito de la superioridad de la administración privada y en la magia de los mercados, resolvería todos estos problemas.

Ante la avalancha y el reforzamiento de las posiciones neoliberales, la izquierda ha estado a la defensiva, tanto en el orden teórico como en la acción práctica. En la perspectiva teórica existen trabajos de autores marxistas que explican y critican desde la economía política las transformaciones capitalistas del momento, pero muchas veces sin incursionar en las cuestiones más concretas. Se dan también situaciones contrarias, en las cuales desde posiciones neoclásicas moderadas se realiza la crítica al diagnóstico de derecha, pero sin una conceptualización apropiada, por lo cual las alternativas no rebasan el intento samsimoniano de “humanización” del capitalismo latinoamericano. En otras ocasiones se critican determinados aspectos de las prescripciones neoliberales en política social, mientras presupuestos totalmente discutibles son implícitamente admitidos, se aceptan de manera expresa o simplemente se recomiendan modificaciones menores.

A continuación expondré mis observaciones sobre varios elementos –tanto desde la perspectiva de economía política como técnicos– que requieren de un examen más profundo aclarando que intento solamente alentar el debate o sugerir el esclarecimiento de algunos temas, en mi opinión no suficientemente tratados, y de ninguna manera elaborar un inventario exhaustivo para una crítica o una construcción positiva.

1. La causa de la crisis de los sistemas de pensiones. En el diagnóstico de derecha, la llamada crisis institucional se vincula con frecuencia a la transición demográfica como factor explicativo de la caída en la tasa de sostenimiento de los pasivos por los afiliados activos. Se agregan también otras deficiencias en el financiamiento por la debilidad o carencia de incentivos asociadas a los sistemas de reparto o de capitalización parcial.⁴ En el mejor de los casos se admiten como agravantes los cambios en los mercados de trabajo. Y algunos autores incluso culpan al sistema de reparto como uno de los causantes de la creciente informalización de la economía.⁵

La explicación de la crisis es uno de los puntos más vulnerables del diagnóstico de derecha, oportunidad a mi juicio poco aprovechada por la crítica. Salvo en pocos trabajos se intenta identificar la verdadera causa del deterioro financiero de los sistemas públicos. Si bien los cambios demográficos y los problemas de evasión se reflejan en las finanzas de los regímenes, y por tanto podrían ser motivo de determinados ajustes, la crisis pensional se genera, en su esencia, por el incremento del desempleo⁶ y la reducción de los salarios reales como rasgos tendenciales del capitalismo en el mundo de hoy y en particular en América Latina, y que hacen incompatible la seguridad social clásica –pese a sus limitaciones– con el nuevo modelo de acumulación capitalista. Aunque varios trabajos enfatizan esta relación dicotómica,⁷

⁴Se repite como punto central en casi todos los diagnósticos. Véase, por ejemplo, Banco Interamericano de Desarrollo, *op. cit.*

⁵Cfr. Giancarlo Corsetti y Klaus Schmidt-Hebbel, *Pension Reform and Growth*, Banco Mundial, Washington, 1994. El término sector informal es uno de los menos precisos en la economía contemporánea. Lo utilizo en este trabajo por exclusión, es decir, como sector informal entiendo –temporalmente– la parte de la fuerza de trabajo no incluida en el régimen taylorista-fordista. Es uno de los términos que requiere de una mayor conceptualización de la academia marxista. Un valioso adelanto puede verse en José Javier Contreras, “Crítica a la categoría de sector informal urbano”, ponencia presentada al XXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, São Paulo, 1997.

⁶Aunque en América Latina las tasas estadísticas oficiales de desempleo son de forma general menores que las que muestran muchos países capitalistas desarrollados, el componente principal del ejército industrial de reserva lo constituye el llamado sector informal. Como promedio en América Latina el sector informal, dentro de la estructura del empleo no agrícola, aumentó del 40.2 por ciento en 1980 al 55.2 por ciento en 1993. Cfr. Andras Uthoff, *Reformas a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 1995.

⁷Asa Cristina Laurell, *La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales*, Fundación Friedrich Ebert, México, 1995; Carlos M. Vilas, “Después del ajuste: la política social entre el mercado y el Estado”, en *Estado y políticas sociales después del ajuste*, UNAM-Nueva Sociedad, México, 1995; y Ott, *La seguridad social en la perspectiva del año 2000*, Ginebra, 1984. Más recientemente también en Patricia Olave, “Las reformas económicas y sociales en curso: principales dispu-

sería necesaria, en mi opinión –como condición previa para articular la ofensiva antineoliberal– la preparación de estudios más profundos que demuestren y divulguen, a partir del análisis de las variables económicas concretas, la relación entre la crisis de financiamiento de los regímenes de retiro y el deterioro del empleo y de los salarios en América Latina. De estos resultados se podrían inferir conclusiones cualitativas terminales que expliquen satisfactoriamente la llamada crisis institucional de la seguridad social en cada uno de los países.

2. El problema del ahorro. Aunque la incidencia en el ahorro de los métodos de financiamiento de los regímenes de pensiones es un tema que se remonta a la década de los setenta en Estados Unidos,⁸ en América Latina la potencial contribución de la capitalización plena al ahorro, gracias al *efecto imitación*, entró como un tema central en la propaganda prorreforma, sobre todo después de la crisis financiera mexicana de 1994 y el consecuente “efecto tequila”.⁹ En mi opinión, varias aristas del asunto del ahorro, punta de lanza de la reforma, requieren de mayor atención, esclarecimiento y conceptualización por parte de la izquierda:

i) La importancia central dada al virtual aumento del ahorro que se generaría con la reforma estructural de las pensiones se respalda para el convencimiento del ciudadano común en un círculo virtuoso ahorro-inversión productiva-empleo. Es decir, la nueva leyenda es que el aumento del ahorro privado, en los marcos del capitalismo, podría revertir el deterioro en los niveles de ocupación. Claro, el discurso neoclásico agrega que a mayor demanda de trabajo mejores salarios y más bienestar para todos. Para rebatir este argumento –realmente

tas teóricas”; Saúl Osorio, “Un aporte en referencia al cambio del capitalismo y las reformas de la seguridad social”; Luis Gutiérrez, “La reestructuración capitalista de los sistemas de pensiones en América Latina”, y Berenice Ramírez, “La seguridad social en México. Qué ha sido, qué se reforma y tendencias”, todos en *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, UNAM, México, 1997.

⁸ Aquí sobresale el trabajo de Martin Feldstein, no por casualidad presidente del Consejo de Asesores Económicos de Reagan, “Social Security, Induced Retirement, and Aggregate Capital”, en *Journal of Political Economy*, vol. 82, núm. 5, The University of Chicago Press, septiembre-octubre de 1994.

⁹ Cfr. por ejemplo, Michael Gavin, Ricardo Hausmann y Ernesto Talvi, “Ahorro, crecimiento y vulnerabilidad macroeconómica: la expansión de Asia y América Latina”, en *Políticas de desarrollo*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, 1996; “Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000”, en *Diario Oficial de la Federación*, México, 31 de mayo de 1995, y Centro Internacional de la Empresa Privada, “Entrevista a Domingo Cavallo, ministro de Economía de Argentina”, en *Reforma Económica hoy*, Washington, 1993.

ingenuo sobre todo para los países capitalistas subdesarrollados– debemos ir por partes.

a) Primero es preciso dejar claro que la insuficiencia de inversión productiva generadora de empleo no es resultado de un bajo nivel de ahorro. Capital es lo que sobra. Las masas gigantescas de capital especulativo lo prueban, y son –en última instancia– consecuencia de la reducción de los espacios para su colocación rentable en la inversión productiva. Lo que ocurre es que, como afirma Hinkelammert, “...las posibilidades de inversión en capital productivo son bloqueadas por el mismo proceso de globalización”.¹⁰

Desde esta perspectiva se comprende que el verdadero objetivo del capital es incorporar el ahorro de los trabajadores –como una *cuasi-ganancia*– junto con la plusvalía, al proceso de especulación financiera. Pese a la retórica, lo menos importante es el aumento del ahorro nacional, excepto aquel que se canalizará al sector privado. Es además perverso que se invoque al incremento del *ahorro institucional* –como medio de aumentar la abstinencia al consumo de los trabajadores– en un contexto de reducción del precio de la fuerza de trabajo.

Generalmente se guarda silencio sobre la propensión al consumo de la burguesía, a pesar de que los *cambios estructurales* han acelerado la ya bien regresiva distribución del ingreso en el continente, y por lo tanto, potenciado la capacidad de ahorro –y de apuesta en el gran “casino financiero”– de los ganadores del ajuste. La CEPAL, en el texto *Transformación productiva con equidad*, se queja de que durante el ajuste las clases y estratos de mayores ingresos han elevado su consumo, como un factor importante que explica la insuficiente capacidad nacional de ahorro e inversión. Sin embargo, a la hora de proponer políticas concretas, como en *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, cuando se promueve el incremento del ahorro interno sólo se abordan las vías que podrían reducir el consumo de la clase trabajadora. Del consumo de la burguesía, ni una sola palabra.¹¹

b) No obstante las conclusiones del acápite anterior, valdría la pena dilucidar si la sustitución de un sistema de reparto o de capitalización parcial por uno de capitalización individual plena incide positivamente

¹⁰ Véase el excelente ensayo de Franz J. Hinkelammert, “El huracán de la globalización: la exclusión y la destrucción del medio ambiente vistos desde la teoría de la dependencia”, en *Economía Informa*, núm. 255, Facultad de Economía de la UNAM, México, 1997.

¹¹ CEPAL, *Transformación productiva con equidad*, Santiago de Chile, 1990, p. 59; y *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, Santiago de Chile, 1992.

te en el ahorro –al menos para un escenario *imaginario* de espacios suficientes de colocación del capital en la esfera productiva.¹² A juzgar por la propaganda en los medios de difusión masiva cualquiera podría pensar que el potencial efecto benéfico de la reforma sobre el ahorro es ciencia constituida. Sin embargo, desde el punto de vista teórico no hay resultados concluyentes.¹³ Hay posiciones, como las de la CEPAL, que aunque no toman partido de manera clara reconocen que en presencia de un régimen de reparto de *cobertura extendida* la potencial contribución de la capitalización plena e individual al ahorro se anularía por el virtual desahorro público que generaría la reforma.¹⁴ Este argumento, aunque parece bueno en la defensa de los regímenes tradicionales en países de amplia cobertura –los menos, por cierto, en América Latina– crea más dudas de las que aclara, específicamente sobre el efecto en el ahorro en los países de cobertura limitada o inexistente –la mayoría. De manera que éste es un debate aún inconcluso, que requeriría –en mi opinión– de un inventario de los argumentos prorreforma y de una crítica concluyente de la izquierda.

Desde el punto de vista práctico tampoco se observa un resultado positivo de la reforma sobre el ahorro interno. Existe una profusa literatura sobre el caso chileno –el único que podría arrojar alguna claridad empíricamente–, pero a pesar de los matices, ninguno de los estudios –excepto los de fines propagandísticos– reconocen una contribución significativa o causal de la reforma pensional sobre el ahorro interno. Es más, algunos observan un efecto negativo sobre el ahorro nacional debido al déficit generado en el sistema público remanente.¹⁵

¹² Destaco lo de imaginario porque esta posibilidad no existe para el capitalismo hoy, a no ser que se reviertan las tendencias objetivas de internacionalización del capital. Estaríamos en ese caso hablando de otro sistema.

¹³ El propio Feldstein, en el artículo ya mencionado reconoce que desde el punto de vista teórico los resultados son ambiguos. De la amplia literatura que menciona este punto véase, por ejemplo, Nicholas Barr, "Economic Theory and the Welfare State: a Survey and Interpretation", en *Journal of Economic Literature*, vol. xxx, núm. 2, Estados Unidos, junio de 1992, pp. 769-774; Sergio Kurczyn, "Reforma del sistema de pensiones mexicano: principales aspectos macroeconómicos", en *Comercio Exterior*, vol. 46, núm. 9, México, 1996, p. 746; Olivia S. Mitchell, "Retirement Systems in Developed and Developing Countries: Institutional Features, Economic Effects, and Lessons for Economies in Transition", en *Working Paper*, núm. 4424, pp. 39-43, National Bureau of Economic Research, Cambridge, 1993; OIT, *La seguridad social...*, op. cit., pp. 99-101, y CEPAL, *Equidad y transformación productiva...*, op. cit., pp. 160-161.

¹⁴ CEPAL, *Equidad y transformación productiva...*, op. cit., pp. 160-161.

¹⁵ De la extensa literatura que se refiere a la reforma chilena, véase, por ejemplo, Patricio Arrau, "El nuevo régimen previsional chileno", en *Regímenes pensionales*, Fauso-CIID-Fescol, Colombia, 1992, pp. 56-59; Mario Marcel y Alberto Arenas, *Reformas a la seguridad social en Chile*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, 1991, pp. 43-45.

c) Por otra parte, la concepción de que el ahorro es una premisa para la inversión es totalmente errónea. El propio desarrollo del capitalismo, especialmente durante la posguerra, ha demostrado lo contrario. Claro que tal tesis es congruente con otras propuestas básicas del modelo neoliberal: de un lado, es preferible que el ahorro anteceda a la inversión porque el financiamiento a través de crédito lleva implícito el peligro de la inflación, y del otro, un incremento del ahorro no deprime el mercado interno pues las posibilidades de exportación –las que brinda la apertura– son "ilimitadas".¹⁶

d) Finalmente, el otro nexo del círculo virtuoso, a mayor inversión mayor empleo, también requiere de una crítica terminante. Ante todo, vale aclarar –o mejor dicho recordar– que el desempleo es un problema congénito del capitalismo. El término pleno empleo utilizado por la economía convencional para caracterizar a las *economías capitalistas desarrolladas* durante la expansión de la posguerra es un eufemismo para denotar las relativamente bajas tasas de desocupación. El capitalismo jamás podrá superar la contradicción entre el desarrollo tecnológico y el empleo.¹⁷ Pero la situación hoy es mucho más grave porque no es posible un crecimiento extensivo del capital productivo, y por lo tanto del empleo: la propia globalización lo impide. Como también sostiene Hinkelammert, la libertad de los flujos de mercancías y de capital destruye más ingresos que los que genera. En todo caso, para revertir la situación de la inversión productiva y del empleo, tal vez habría que comenzar por reducir el espacio de valorización del capital especulativo. Y una de esas medidas, en sentido contrario a la reforma pensional en curso, consistiría precisamente en cerrarle espacios a la capitalización privada de los fondos.¹⁸

Serie de monografías núm. 5, Norbert Eichler y Miguel E. Cárdenas, *La reforma pensional en Chile*, Fescol, Colombia, 1992, p. 25; Dagmar Raczynski, "Social Policies in Chile. Origin, Transformations, and Perspectives", en *Working Paper*, núm. 4, pp. 64-66, Kellogg Institute, Estados Unidos, 1994; Carmelo Mesa-Lago, *La reforma de la seguridad...*, op. cit., pp. 184-187.

¹⁶ Para una discusión de este asunto véase de Juan Arancibia, "La reforma del sistema de pensiones y el ahorro interno", en *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, op. cit.

¹⁷ Aunque no es nuestro objetivo ahora analizar la trayectoria del capitalismo durante la posguerra, sí creo indispensable destacar que tal evolución tuvo como punto de partida –tan olvidado a veces por los que recuerdan con añoranza el Estado de bienestar– una destrucción masiva de fuerzas productivas por la guerra, y que crearon las condiciones para un crecimiento extensivo del capital productivo. Resulta hasta penoso reconocer que una gran guerra hace efectos similares a una crisis en el ciclo de la economía capitalista.

¹⁸ Cfr. Franz J. Hinkelammert, op. cit., pp. 14-19.

ii) La discusión sobre los métodos financieros se ha llevado a los dos extremos: la capitalización plena individual y el reparto. Sin embargo, en la región, la mayoría de los programas vigentes antes de la reforma utilizaban *de jure* un método intermedio, la capitalización parcial colectiva.¹⁹ La discusión, por lo tanto, a pesar del argumento de que *de facto* la mayoría operan como sistemas de reparto, ha omitido un dato de la realidad, y por lo tanto las inferencias carecen de completa relevancia, sobre todo cuando la discusión toma el camino del análisis de las virtudes y defectos de los métodos.²⁰ De manera que una discusión científica sobre este asunto está aún por desarrollarse.

iii) Los diagnósticos de la *corriente de pensamiento dominante* han carecido, por lo general, de una contextualización histórica. En América Latina los sistemas de pensiones comenzaron siendo de capitalización plena, y se transformaron después en sistemas de prima media escalonada o de reparto. No basta con el argumento de moda (asumido algunas veces de manera ingenua por la crítica a las reformas) de que la ampliación de la cobertura y los beneficios sin respaldo financiero, la erosión de las reservas debido a políticas infelices de inversión o a la negligencia en la elevación oportuna de las contribuciones provocaron esta transición. Parecería que todos los gobiernos del continente se pusieron de acuerdo –en una gran conspiración– para tomar acciones coordinadas que debilitaran los pilares de la seguridad social clásica. Sólo un análisis histórico que integre lo económico, lo político y lo social; así como las particularidades propias de cada país puede dar luz sobre las condiciones concretas que generaron esta regularidad. Sobre todo si se advierte que los países capitalistas desarrollados siguieron la misma trayectoria, aunque el abandono de la financiación plena –en una explicación más consistente– se asocia con la erosión de las reservas durante la segunda guerra mundial.²¹ Es preciso incluso tener en cuenta que en Estados Unidos, el campeón de la iniciativa

privada y el mercado, surgió el sistema público de reparto (*social security*) condicionado por el colapso general de los planes privados de capitalización durante la Gran Depresión.²²

3. Mejores niveles de pensiones. La extrema neoclásica no se esconde para atacar los principios solidarios y redistributivos presentes en los sistemas de reparto o de capitalización parcial colectiva.²³ Apela entonces al individualismo prometiendo mejores pensiones para los afiliados bajo el sistema de capitalización individual plena. Sin embargo, hasta el momento los retirados en el programa de capitalización chileno han obtenido pensiones muy bajas. Es más, la tasa de sustitución ha sido menor que la del sistema de reparto.²⁴ Si comparamos teóricamente los sistemas de reparto y de capitalización plena, en una manera simplificada, la afirmación neoliberal genera muchas dudas. Para ello nos auxiliaremos del siguiente modelo:²⁵

Si denominamos

- c_i = tasa de contribución sobre la nómina en el periodo i
- t_i = número de trabajadores cotizantes en el periodo i
- w_i = salario promedio en el periodo i
- r = tasa de retorno de los fondos capitalizados

Durante el periodo 1 se contribuye y durante el 2 se pagan las pensiones.

Entonces,

	Periodo 1	Periodo 2
Sistema	Monto de contribuciones	Monto de pensiones
Reparto	$c_1 \cdot t_1 \cdot w_1$	$c_2 \cdot t_2 \cdot w_2 / t_1$
Capitalización plena	$c_1 \cdot t_1 \cdot w_1$	$c_2 \cdot w_1 \cdot (1 + r)$

²² Henry J. Aaron, Barry P. Bosworth y Gary Burtless, *Can America Afford to Grow Old?*, The Brookings Institution, Washington, 1989, pp. 116-118.

²³ Estos planteamientos por sí solos requerirían la crítica más fuerte de la izquierda. Para una clara exposición de la doctrina neoliberal en relación con este punto, véase de Salvador Valdés-Prieto, *Distributive Concerns when Replacing a Pay-as-you-go System with a Fully Funded System*, Banco Mundial, Washington, 1993.

²⁴ Jaime Ruiz-Tagle, "El nuevo sistema de pensiones en Chile: una evaluación preliminar", en *Comercio Exterior*, vol. 46, núm. 9, México, 1996, p. 708.

²⁵ Vamos a utilizar en principio el modelo sugerido por Andras Uthoff, *op. cit.*

¹⁹ De una muestra de 12 países, sólo en Argentina, Brasil, Chile, Colombia (para los empleados civiles) y Uruguay operaban sistemas de reparto. En el resto, los regímenes eran de capitalización parcial. Cfr. Carmelo Mesa-Lago, "Social Security and Prospects for Equity in Latin America", en *Discussion Paper*, núm. 140, Washington, 1991. Véase también Banco Interamericano de Desarrollo, *op. cit.*, p. 217.

²⁰ Para una crítica sobre esta confusión, véase de Carmelo Mesa-Lago, "Las reformas de las pensiones en América Latina y la posición de los organismos internacionales", en *Revista de la CEPAL*, núm. 60, Santiago de Chile, 1996.

²¹ OIT, "El seguro social y la protección social. Memoria del director general", Conferencia Internacional del Trabajo, 80va. reunión, Ginebra, 1993.

Si $c_1 = c_2$, para que las pensiones otorgadas por la capitalización sean mayores, debe cumplirse que:

$$\begin{aligned} w_1(1 + r) &> t_2 w_2 / t_1, \\ 1 + r &> (t_2 w_2) / (t_1 w_1), \\ r &> (t_2 w_2) / (t_1 w_1) - 1 \end{aligned}$$

Es decir, la tasa de retorno de los fondos tendría que ser mayor al crecimiento de la masa salarial en la economía. De esta conclusión se desprenden varios corolarios, en mi opinión no suficientemente tratados por la academia de izquierda:

El hecho de que se plantee como premisa que la rentabilidad del capital –probablemente al invertido en la especulación– supere al crecimiento de la productividad del trabajo y de las remuneraciones entraña en sí una filosofía perversa, y por lo tanto inaceptable para la clase trabajadora. En una conceptualización marxista implicaría un intercambio entre un *seguro* mayor grado de explotación presente y las –tal vez– mejores pensiones futuras para los que logren contribuir.

Otros autores que intentan explicar desde otros argumentos la probable mejoría de las pensiones, asumen que la colocación de los fondos en instrumentos financieros privados es la garantía de mayores retribuciones en el retiro. A sabiendas de que dichas inversiones entrañan riesgos, entonces –algunos con buenas intenciones– proponen la diversificación de los instrumentos. Contra estas razones existen sólidos argumentos. En primer lugar, la rentabilidad de los instrumentos de renta variable, en el largo plazo, no puede superar a la de los de renta fija. Simplemente, porque los primeros contienen un mayor riesgo implícito que tendrá que hacerse realidad en algún momento. Si no, no habría riesgos. Lo contrario sería admitir al mercado como un mecanismo “que sólo produce ganadores”. En segundo lugar, como se ha comprobado, la rentabilidad de los instrumentos de renta fija no puede superar tampoco en el largo plazo el crecimiento de la productividad del trabajo.²⁶ La separación permanente de la economía especulativa de la economía real –supeditada esta última además– sólo podría conducir a la *autofagia* del sistema. Y finalmente, detrás de los cálculos actuariales de los que defienden la capitalización parece que existe amnesia de crisis. El capitalismo –si nos atenemos al discurso de moda, sobre todo el salido de los laboratorios econométricos

²⁶ Jaime Ruiz-Tagle, *op. cit.*, p. 705.

neoclásicos– parece que logrará superar los ciclos: ya no padecerá de crisis periódicas ni caídas en las tasas de ganancia. Y ante este panorama bucólico, nuevamente, el análisis histórico de los regímenes pensionales y sus transformaciones es insustituible para la crítica desde la izquierda, y tal vez haga volver a la realidad a algunos “hipnotizados” por la *nueva economía*.

Existen otros elementos concretos –además de la inseguridad inmanente del mercado– como las desventajas de las mujeres trabajadoras debido a su mayor esperanza de vida y mayores tiempos sin contribuciones, la probabilidad siempre latente de que poco antes del retiro se esfumen los fondos acumulados por los afiliados ante una brusca caída de las tasas de retorno, la imposibilidad de que con la capitalización individual las pensiones fijadas no varíen en términos reales²⁷ –aunque mejoren los salarios–, y la pérdida de la capacidad redistributiva de los regímenes pensionales, que ameritarían una mayor atención y por lo tanto ser campo de debate contra la reforma neoliberal.²⁸

4. El problema de la cobertura. A finales de los ochenta sólo una minoría de países en la región brindaba una cobertura pensional mayor de un 50 por ciento.²⁹ Dentro de este minoritario grupo, probablemente con la excepción de Cuba ningún país había logrado incluir a toda la fuerza de trabajo. Este argumento tradicional de la izquierda para denunciar el carácter excluyente del capitalismo ha sido arrebatado por el diagnóstico de derecha, y aparece hoy como uno de los más sólidos argumentos prorreforma. De una parte, el círculo virtuoso ahorro-empleo-inversión –del cual ya hemos tratado– que supuestamente generaría la capitalización por las administradoras privadas permitiría incrementar la afiliación. De la otra, la creación o extensión de los regímenes asistenciales para ancianos pobres haría posible focalizar la atención en los más necesitados. Esta última inclinación “humanista”, tan presente en las reformas estructurales de segunda generación, ha confundido a algunos que declaran el fracaso del neo-

²⁷ Con la capitalización individual, uno de los escenarios probables es una separación creciente entre los ingresos de los jubilados y los de los trabajadores activos. *Ibid.*, p. 708.

²⁸ En un texto poco usual, debido a la procedencia de la publicación y a otros trabajos del segundo coautor, Patricio Arrau y Klaus Schmitd-Hebbel, en *Pension Systems and Reforms: Country Experiences and Research Issues*, Banco Mundial, Washington, 1994, reconocen la existencia de un grupo de elementos controvertibles que merecerían una mayor atención de los *reformistas*.

²⁹ CEPAL, *Equidad y transformación productiva...*, *op. cit.*

liberalismo. Sin embargo, la actuación *ex post* de tales políticas, es decir, la compensación parcial de la pobreza generada *ex ante*, lo que hace es confirmar el signo neoliberal de las reformas.³⁰ Aquí se trata, como ha planteado Boltvinik, de un intento de administrar la pobreza, no de superarla.³¹

Aunque, como ya hemos afirmado, la génesis de la crisis pensional debe hallarse en la incompatibilidad entre la evolución reciente del capitalismo y la seguridad social *bismarquiana*, es cierto también que el método de financiamiento específico tiene incidencia –aunque menor– en la ampliación o reducción de la fuerza de trabajo cubierta. En tal sentido, es aún más perversa la receta neoliberal. La capitalización plena, por eliminar los componentes redistributivos, reforzar la disciplina de las contribuciones y endurecer las condiciones para disfrutar los beneficios, lejos de resolver el problema, en realidad lo agrava.

En relación con la incidencia de la reforma en la cobertura, en Chile se han realizado varios estudios. Algunos no se pronuncian de manera terminante con relación a la evolución de la cobertura total, pero muestran su preocupación por la alta proporción de los afiliados que no están contribuyendo a las Administradoras de Fondos, y otros concluyen que la cubierta se ha deteriorado.³² En un trabajo muy completo y relativamente reciente, en que se tienen en cuenta para la comparación tanto las cifras del sistema público remanente como las del nuevo de capitalización, se revela que la fuerza de trabajo cubierta (contribuyentes activos) se redujo de un 60.9 por ciento en 1974 al 49.8 por ciento en 1990.³³ La baja tasa de contribución activa entre los afiliados es también un problema para el resto de los países que han introducido la capitalización plena. En Argentina, sólo algo más del 50 por ciento de los afiliados a las operadoras privadas contribuyen regularmente. En Perú y Colombia son menos de la mitad.³⁴

5. La transición demográfica y la reforma pensional. Aunque como ya hemos afirmado en la transición demográfica no se encuentra la

³⁰Xabier Arrizabalo, "Significado estructural de las políticas del Fondo Monetario Internacional (FMI) en América Latina en la actualidad", en *África. América Latina*, Sodepaz, Madrid, 1994, p. 31. Colección Cuaderno núm. 15.

³¹Julio Boltvinik, "Algunas reflexiones sobre la pobreza en México. Bases para una política para su superación", ponencia presentada en el coloquio Hacia una Política Social Alternativa, IERD-Friedrich Ebert, México, mayo de 1996.

³²Véanse, entre otros, los trabajos citados en la nota 20.

³³Cfr. Dagmar Raczynski, *op. cit.*, p. 62. También Carmelo Mesa-Lago, en *La reforma de la seguridad...*, *op. cit.*, pp. 248-249, concluye que la cobertura global se ha reducido.

³⁴Henry Hsiang, "Strengths and Weaknesses of Latin American Reform", ponencia presentada en el evento Pension Management Latin America, Miami, 1997.

causa principal de la crisis pensional, no por ello puede negarse que el envejecimiento de la población es un problema que deben afrontar los regímenes de retiro en América Latina. La propaganda neoliberal divulga que la capitalización plena hace inmune al sistema ante los problemas demográficos, en la medida en que cada cual se financia su propio retiro, a diferencia de los de reparto o de capitalización parcial colectiva en los cuales el aumento de las contribuciones es la vía fundamental para contrarrestar la caída en la tasa de sostenimiento. Detrás de este razonamiento tan simple se esconde una gran falacia. En primer lugar, debe quedar claro que en cualquier método de financiamiento, los recursos para las prestaciones deben ser aportados por los trabajadores en ese momento activos. En el método de capitalización plena, los beneficios para los jubilados se pagan de las cotizaciones cobradas en el año, así como de los intereses –pagados por los contribuyentes también en el año– por las inversiones realizadas en periodos anteriores.³⁵ En segundo lugar, bajo cualquier sistema de financiamiento, para garantizar una pensión real constante a partir de una tasa de contribución invariable es necesario el incremento del producto, y de los salarios, mediante el aumento de la productividad del trabajo y del número de trabajadores ocupados.³⁶ De esta forma, el gran obstáculo para cualquier variante financiera es la creciente informalización de la economía –o lo que es lo mismo, el aumento del ejército industrial de reserva– y la caída de los salarios en las economías latinoamericanas.

6. La viabilidad de los regímenes públicos de reparto o capitalización parcial colectiva. Éste es uno de los asuntos cuya respuesta es más compleja, y que requiere la mayor atención de la academia progresista. Los ejercicios que intentan probar la factibilidad del mantenimiento de los programas tradicionales de reparto o capitalización parcial colectiva en la economía capitalista, aunque muchas veces valiosos, adolecen de dos limitaciones principales. Primeramente, el presupuesto de partida más frecuentemente asumido: el crecimiento sostenido del empleo y los salarios, es irreal en el contexto del capitalismo de hoy, sobre todo en América Latina. En segundo lugar, el énfasis colocado en la viabilidad financiera –aunque se imaginara el mejor de los escenarios

³⁵Orr, *La seguridad social...*, *op. cit.*, pp. 99-101.

³⁶Nicholas Barr, *op. cit.*, pp. 769-774. También Rubén M. Lo Vuolo, "Reformas pensionales en América Latina: el caso argentino", en *Comercio Exterior*, vol. 45, núm. 9, México, 1996, p. 702.

rios *posibles*— deja a un lado un problema central: el de la población excluida, siempre presente *per se* en cualquier proceso de acumulación capitalista.³⁷ Así, la detención de la ofensiva neoliberal en el área de la seguridad social, aunque positiva, es insuficiente.

Para hallar una respuesta convincente al problema de la viabilidad de los principios tradicionales de la seguridad social en el contexto actual, en mi opinión, la izquierda tendría que revitalizar el marxismo. Los fecundos análisis que la academia marxista latinoamericana generó en los setenta y principios de los ochenta, sobre todo en la caracterización de la crisis del capitalismo, por su profundidad, debieran ser continuados.³⁸ Con frecuencia, pensadores progresistas se han introducido en la economía neoclásica para ejercer su crítica, y se han quedado atrapados en ella, de manera que sus proposiciones lejos de revolucionarias —pese a sus intenciones— padecen de un *reformismo ahistórico*.

Las “reformas estructurales” que ha acometido el capitalismo desde fines de los sesenta no se deben a una racionalidad técnica. La explicación de que constituyen mecanismos del capital para recomponer la tasa de ganancia producto de la crisis cíclica es sólo un lado del asunto. La crisis, vista de forma multifacética, es también profundización de la crisis general del sistema. Así, las transformaciones en curso no son simplemente coyunturales, derivadas del ciclo. No hay esperanza —pese a las exclusiones del Estado de bienestar en los países capitalistas desarrollados o de su *caricatura* en América Latina— de una “marcha atrás” de la historia: los sistemas tradicionales de pensiones, así como otras políticas sociales, no pueden funcionar en un entorno de creciente desempleo, informalidad y depauperación de los salarios.

Una alternativa a la mercantilización y privatización de la seguridad social debe ser colocada en una propuesta sistémica. Pero ante todo habría que aclarar qué se entiende por *alternativa* —palabra tan

difusa y de moda, utilizada por un amplio abanico que incluye también a los neoliberales moderados. Si como tal asumimos un proyecto de sociedad en que *todos* quepan, no sólo los presentes hoy, sino que también se garantice la perdurabilidad de la vida humana en el planeta, tal proposición no parece encontrarse en los marcos del capitalismo.

Para producir cambios radicales que conviertan a la seguridad social en un bien universal —y que incluso tal vez superen su raíz *bis-marquiana*— sería necesaria la superación del propio capitalismo. Lo que es igual —en una conceptualización bien amplia— que supriman la hegemonía del capital. Esto no puede hacerse —tal vez la socialdemocracia no lo comparta— si no se modifican de raíz las relaciones de propiedad. Si algo se puede “aprender del enemigo” es, al decir de Perry Anderson, no temer estar en la contracorriente, no transigir en las ideas, y no considerar como inmóviles a las instituciones.³⁹

³⁷ Como reconocía el mismo Prebisch en 1982 al evaluar la etapa “dorada” del capitalismo latinoamericano: “...en veinte años, la cifra absoluta de exclusión, con grandes diferencias de país a país, no ha cambiado. Es la misma cifra de 120 millones de personas que han quedado al margen del sistema...”. “La crisis del capitalismo y la crisis de las teorías económicas”, en *En torno al Estado y al desarrollo*, Nueva Imagen, México, 1982, pp. 46-47.

³⁸ Véase, por ejemplo, la selección de materiales de Óscar Pino Santos, Theotonio Dos Santos, Alonso Aguilar y Ruy Mauro Marini, en *El Economista Mexicano*, vol. xv, núm. 5, México, 1981. También, la compilación de Alonso Aguilar, *La naturaleza de la crisis actual*, Siglo XXI, México, 1984. Al respecto afirma Hinkelammert, “frente a esta situación (la glorificación de la globalización) no puede sorprendernos que hoy en América Latina vuelva a tener importancia la teoría de la dependencia...”. Cfr. Franz J. Hinkelammert, *op. cit.*, p. 11.

³⁹ Perry Anderson, “Balance del neoliberalismo: lecciones para la izquierda”, en *Perspectivas para la izquierda*, Argentina, 1995.

Hacia una alternativa de reforma al seguro de enfermedad y maternidad del IMSS

Ma. Luisa Mussot

● Introducción

A más de medio año de haber entrado en vigor la nueva ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y a partir de ella, las reformas al seguro de enfermedad y maternidad, sigue inconclusa la polémica sobre los alcances de la reforma de la seguridad social. En relación con este ramo de aseguramiento el debate entre especialistas e interesados continúa centrado en torno a su equilibrio financiero y la permanencia del que fuera un esquema de salud integral, público y solidario.

La discusión pone en entredicho que la reforma financiera del Instituto produzca el refinanciamiento del ramo de enfermedad y maternidad para garantizar su funcionamiento con calidad y oportunidad, evitar un mayor deterioro de los servicios, garantizar la inversión que desarrolle al sector y saldar los compromisos con el pago de las rentas de sus instalaciones. Además de que cuestiona las premisas con base en las cuales se está reestructurando el modelo de atención médica, mismas que junto con el déficit financiero justificaron su reforma.

Esta polémica da luz sobre desacuerdos básicos en torno a la explicación del déficit financiero del Instituto, de los principios que deben guiar la reforma de una institución de salud pública y de sus ordenamientos. También ha puesto en evidencia la falta de correspondencia entre los objetivos explícitos por los que las autoridades del Instituto llevaron a cabo su reforma, lo que con ésta se está provocando y hacia dónde apuntan sus tendencias.

La presencia de intenciones diferentes a las enunciadas por los reformadores pone en el centro del debate la existencia de una "agenda oculta de la reforma" que está orientando al seguro de enfermedad y maternidad hacia la configuración de un esquema de "salud mercantilizada" dentro del seguro obligatorio del IMSS, lo que convertiría a los

servicios de salud del Instituto, antes públicos, integrales y solidarios, en un espacio directo de la acumulación capitalista. Al tiempo, se reduce la responsabilidad del Estado en torno a la salud a una política asistencial focalizada en los sectores de menores ingresos y sólo con una atención de programas básicos, legalizando el abandono de su obligación constitucional de garantizar la protección de la salud a través de la seguridad social como derecho social. Proceso que junto con la individualización y administración privada de las pensiones y la trayectoria de privatización de las guarderías devela la transformación del esquema de seguridad social constitucional. Éste pasa de ser un modelo de protección social público, integral, solidario, redistributivo y tendencialmente universal a uno de carácter individualista, selectivo y de fuerte tendencia privatizadora.

El presente artículo tiene por objetivo contribuir a dicha discusión presentando algunas directrices sobre las cuales guiar un debate plural y democrático que ofrezca alternativas a la reforma del seguro de enfermedad y maternidad aprobada con la nueva ley del IMSS, mismas que están sustentadas en la idea de que la reforma del seguro de enfermedad y maternidad del IMSS debe contribuir principalmente a la resolución de los problemas sociales y al respeto de la protección de la salud como un derecho constitucional.

El trabajo está dividido en cuatro partes. La primera y la segunda refieren, *grosso modo*, los principios que guiaron a la seguridad social mexicana desde sus orígenes hasta la aprobación de la nueva ley del IMSS en 1995, y los cambios fundamentales operados en cada uno de sus ramos de aseguramiento como consecuencia de su privatización. En la tercera parte se hacen explícitos los contenidos y alcances de la reforma al seguro de enfermedades y maternidad del IMSS explicando el porqué de la distancia entre los objetivos planteados por la reforma y sus resultados. Y finalmente, se señalan algunos principios que deben guiar una reforma a dicho seguro respetando siempre el principio de la protección de la salud como un derecho social constitucional de responsabilidad pública.

● Principios doctrinarios de la seguridad social

En 1943 se dio inicio a una nueva etapa en la política social mexicana concretando explícitamente el compromiso de una estrategia económica con justicia social a través de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La ley del IMSS hizo efectiva la doctrina del artículo 123 constitucional, fracción XXIX, en el que se consigna que la seguridad social es un derecho social, de utilidad pública; el cual cumple con las funciones de justicia y redistribución social a través de los seguros de invalidez, vejez, vida, cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guarderías y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.¹

El IMSS es un organismo público descentralizado, de carácter nacional, con personalidad jurídica y patrimonio propio encaminado a proteger eficazmente, por medio de una entidad de la administración pública, a los asegurados y a sus familias contra los riesgos de la existencia; a encauzar en un marco de mayor justicia las relaciones obrero-patronales; a favorecer al salario social y al consumo con sus servicios y prestaciones; a mejorar las condiciones de vida y a estructurar formas e instituciones de solidaridad comunitaria.

El IMSS tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, a través de la prestación de servicios médicos y guarderías para los hijos de las madres aseguradas, de la prevención y atención de riesgos de trabajo, de programas de prestaciones sociales, de otorgar de subsidios y pensiones y de un fondo de retiro de los trabajadores.²

Con el IMSS se reconocen y consagran, como obligación establecida por ley, los derechos constitucionales de la seguridad social a la protección de sus riesgos, a cambio de la contribución para sufragar los costos del servicio de los beneficiarios, toda vez que hayan sido satisfechos los requisitos y condiciones establecidos en sus diferentes ordenamientos. La obligación frente al cumplimiento de los derechos sociales diferencia a la seguridad social de la asistencia o la beneficencia públicas, inspiradas en la caridad hacia los indigentes.

De acuerdo con el principio de solidaridad –según el cual todos los recursos del sistema del seguro social se aplican a la formación de

¹ IMSS, *Ley del IMSS*, IMSS, México, 1994.

² *Idem*.

un fondo común del que derivan los especiales de cada seguro específico—,³ el IMSS permite el acceso a la protección del asegurado contra los diferentes siniestros que pueden afectar su salud y/o patrimonio, independientemente de sus ingresos, padecimientos persistentes y accidentes.

La protección del IMSS se entiende también como un importante instrumento de igualación y de redistribución de la riqueza nacional —según los que eliminan las discriminaciones arbitrarias en situaciones objetivamente similares—.⁴ Ello se consigue en razón de que las contribuciones al Seguro Social se hacen en proporción a los ingresos de los aportantes y de que los beneficios que se otorgan están determinados por las necesidades de los derechohabientes, independientemente de los montos de sus contribuciones.

Además, el principio de universalidad, por el que se pretende que la seguridad social atienda a toda la población,⁵ ha permitido su extensión gradual, geográfica, en cobertura y en mayores y más completos beneficios, ampliando las prestaciones consignadas en la ley.

Es decir, los principios fundamentales de la seguridad social son su carácter obligatorio y público ante el aseguramiento, la solidaridad y redistribución de los recursos y la integralidad y tendencia universal de sus servicios.

● La reforma de la seguridad social

Como resultado del proceso de liberalización de bienes, servicios, dinero y capital al que México se incorporó desde los años ochenta, el modelo de protección social constitucional empezó a ser cuestionado desde el gobierno. Con base en la premisa de que el bienestar constituye un ámbito rentable para el sector privado se ha provocado un cambio decisivo en las estructuras y condiciones de funcionamiento del Estado, abandonando sus compromisos con la equidad social, al tiempo que se le ha imputado al mercado la potestad de su gestión.

Bajo el supuesto de que el mercado es el mejor mecanismo de asignación de los recursos económicos y el vehículo para satisfacer las necesidades de los individuos, lo social busca redefinirse según una perspectiva de equivalencia entre costo y beneficio y se reorienta en función de la “igualdad de oportunidades” y de la “libertad de elección”

³Néstor de Buen, “Principios de la seguridad social mexicana”, p. 22.

⁴*Ibid.*, p. 24.

⁵*Ibid.*, p. 23.

del mercado. A partir de esta perspectiva se individualiza el acceso y usufructo al bienestar como garantía del libre juego de las fuerzas del mercado, convirtiéndolo en un bien privado.

Dicha premisa ha guiado desde entonces la controversia sobre el costo de la seguridad social y la viabilidad futura de sus ramos de aseguramiento, renovando el antiguo debate sobre los respectivos papeles que el individuo, el Estado y el mercado deben desempeñar en la protección de los riesgos sociales.

La transferencia de la responsabilidad pública del bienestar a los individuos se convirtió en el mejor modo de atribuir a la seguridad social un carácter meramente compensatorio de las fallas del mercado, pretendiendo que su reforma se hiciera acorde con la dirección del gasto social y el aumento de la libertad de selección de los individuos, acicates de una mayor eficiencia en términos de competitividad de mercado.⁶

La reforma a la seguridad social aprobada con la nueva ley del IMSS en diciembre de 1995 es prueba contundente de este cambio.⁷

En pensiones, establece un nuevo sistema de ahorro forzoso basado en la capitalización individual —cancelando al fondo común de reparto— con lo que se sustituye el principio de solidaridad intergeneracional y de redistribución por el de equivalencia. Conjuntamente, se establece un sistema individual de contratación privada de los seguros de invalidez y muerte, riesgos de trabajo, cesantía en edad avanzada y vejez, que legaliza la administración y control privado de los fondos de pensiones.

Este nuevo sistema no tiene visos de beneficiar a los pensionados; no permite conocer de manera anticipada el monto de la pensión futura y ha sido comprobado con datos actuariales que las pensiones que se obtendrán con él serán menores a las del modelo solidario precedente.⁸

Este esquema pensionario no sólo implica un cambio técnico-administrativo sino que constituye una decisión de política económica de enorme trascendencia, pues con él se transfieren fondos públicos a manos de los grupos financieros privados (Afores y aseguradoras)

⁶Rolando Cordera, “Economía política y seguridad social”, 1994.

⁷Para un análisis completo y crítico sobre la reforma del IMSS consúltese Asa Cristina Laurell, *La reforma contra la salud y la seguridad social*, 1997 y Saúl Osorio y Berenice Ramírez (coords.), *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, 1997.

⁸Alejandro Hazas, “Futuro del sistema pensionario de los trabajadores sujetos a la Nueva Ley del IMSS”, pp. 172-173.

equivalentes al 25 por ciento del PIB en diez años y al 60 por ciento del PIB en 30.⁹

En *riesgos de trabajo* la reforma del IMSS modifica el esquema de cotización adoptando como principio de contribución una prima determinada en función del daño registrado, eliminando con ello las cinco clases de riesgo previamente existentes cuyas aportaciones se fijaban en razón del grado de siniestralidad inherente a cada empresa según la actividad desarrollada, proceso con el que se obligaban las empresas a ofrecer condiciones óptimas de seguridad e higiene en el trabajo.

El pago de la pensión que deriva de este seguro ahora se hará directamente con los fondos de ahorro acumulados en la cuenta individual de retiro, cesantía y vida del incapacitado (cuenta administrada por las Afores). Según la nueva ley del IMSS, corresponde al incapacitado contratar con los fondos de su ahorro individual un seguro de renta vitalicia y uno de sobrevivencia¹⁰ con los que se pagará su pensión de incapacidad. Con esta reforma se viola flagrantemente el artículo 123 constitucional, el cual estipula que las indemnizaciones por riesgos de trabajo son responsabilidad exclusiva del patrón.

En *guarderías*, la reforma elimina la obligación del Instituto de dar este servicio¹¹ y acrecienta las posibilidades de celebrar convenios de reversión de cuotas o subrogación de servicios,¹² lo que se entiende como un impulso a sustituir los servicios de guarderías ordinarias por los de guarderías participativas, infantil-comunitarias e infantil-vecinales. El IMSS sólo participará como un organismo recaudador encargado de transferir a las guarderías participativas los fondos correspondientes a cada niño atendido según el esquema de cotización del seguro, sin que sea el Instituto el que otorgue y administre directamente los servicios ni el que destine a ellas el personal calificado que requieren y que forma parte de su plantilla de trabajadores. Las consecuencias de este cambio son, además de obstaculizar un cuidado armónico e integral para la infancia, contribuir a generalizar la estratificación de su atención.

Grosso modo, los cambios hasta aquí enunciados permiten dar cuenta de que la reforma del IMSS incorpora una nueva concepción

⁹Cristina Laurell, *op. cit.*, p. 64.

¹⁰Artículo 58, fracciones I y II de la Ley del IMSS, 1996.

¹¹La nueva Ley del IMSS elimina el artículo 15 de la ley derogada donde se obligaba y responsabilizaba al Instituto de dar él mismo el servicio de guarderías, a través de las llamadas guarderías ordinarias.

¹²Artículo 213 de la Ley del IMSS, 1996.

sobre la seguridad social basada en la individualización del bienestar y en la mercantilización y privatización de sus beneficios, acabando así con el esquema de seguridad social constitucional público, integral, redistributivo y solidario.

El caso de las reformas al seguro de enfermedad y maternidad se analizará puntualmente en el apartado siguiente.

● La reforma al seguro de enfermedad y maternidad

El Diagnóstico presentado por las autoridades del IMSS señaló que a pesar de los extraordinarios logros que en materia de salud pública se han alcanzado con el funcionamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad del IMSS (SEM), la presencia de un desequilibrio financiero histórico en los servicios médicos comprometía la calidad del servicio en el corto plazo.¹³

Las razones esgrimidas para justificar dicho déficit fueron la imposibilidad de incrementar las cuotas para no restar competitividad a las empresas, el envejecimiento paulatino de la población, el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y cierta responsabilidad de los trabajadores y sus sindicatos, denunciados por baja productividad y por gozar de excesivas prestaciones económicas y sociales, lo que constituye un obstáculo real para el desarrollo de la seguridad social y la salud pública.¹⁴

Sin embargo, el Diagnóstico obvia reconocer que la explicación real del desfinanciamiento del IMSS es resultado del comportamiento errático de la economía de los últimos 12 años, el cual ha propiciado el desplome de los salarios y una fuerte contracción en la generación de empleos.

Los ingresos del Instituto dependen directamente de los salarios y a partir suyo se define el monto de las cuotas que deben pagar trabajadores, patrones y Estado como primas de aportación, por lo que cualquier alteración en ellos impacta a los ingresos totales del IMSS.

La incorporación del empleo y el ingreso a la dinámica de las fuerzas del mercado ha provocado una evolución abiertamente regresiva en los salarios en los últimos quince años. Entre 1977 y 1988 el salario mínimo perdió 63 por ciento de su poder adquisitivo y la participación del salario en el ingreso nacional se redujo del 42 por ciento

¹³IMSS, *Diagnóstico*, p. 34.

¹⁴*Idem.*

en 1982 al 30 por ciento en 1996. Según la Encuesta Nacional de Empleo de 1992 del INEGI, 42.8 por ciento de la PEA recibió únicamente entre uno y dos salarios mínimos, el 49 por ciento entre dos y cinco y sólo 8 por ciento cinco o más salarios mínimos.¹⁵ Se calcula que la depresión salarial hizo perder al Instituto ingresos por 217 000 millones de nuevos pesos en el periodo de 1983 a 1994.

En cuanto al empleo, mientras que la población económicamente activa se incrementó en casi 19 millones de personas, entre 1976 y 1995, el sector formal de la economía sólo fue capaz de ofrecer ocupación a 7 millones de jóvenes.¹⁶

Por su parte, el gasto social se redujo del 7.5 por ciento como proporción del PIB en 1976 al 4.8 por ciento en 1988, para elevarse luego al 7.3 por ciento en 1992.¹⁷

Dicha contracción ha tenido como consecuencia la reducción del acceso a los servicios de salud y de seguridad social y el deterioro de las instituciones públicas que los prestan, disminuyéndose y entorpeciendo los servicios prestados por ellas y las condiciones de su prestación. Degradación que ha sido utilizada ideológicamente como campaña de desprestigio de las instituciones públicas para justificar su reforma.

Acallar estas variables supone distorsionar las razones reales de la crisis financiera del Instituto y propicia falsas salidas a sus reales problemas.

● Un cambio estructural

Así, con base en los principios y datos contenidos en el Diagnóstico, la nueva ley del IMSS ha provocado dos cambios fundamentales en el seguro de enfermedad y maternidad, buscando como objetivo central ampliarlo en cobertura y fortalecerlo financieramente:

–*Un cambio estructural en los principios de cotización* vía la introducción de un nuevo esquema de financiamiento que no imponga nuevas cargas a los patrones y trabajadores, sino que por el contrario disminuya tendencialmente sus contribuciones, además de incrementar las aportaciones del Estado y junto a ello promocionar el Seguro de Salud para la Familia (SSF) para incorporar a otros sec-

¹⁵ Armando Labra, "De pobres, pobreza y empobrecimiento. Política económica vs. bienestar social", 1996.

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ *Idem.*

tores sociales con capacidad de pago (sector informal de la economía), y

–*La reestructuración del modelo de atención*, a través de la promoción de la opción privada de servicios y seguros dentro del régimen obligatorio de salud del Instituto, vía la generalización de los convenios de reversión de cuotas.

El nuevo esquema de cotizaciones del SEM

El nuevo esquema de cotizaciones está estructurado de acuerdo con tres principios: la autonomización financiera del seguro de enfermedad y maternidad respecto del resto de los seguros, para hacer a cada uno autofinanciable; la separación del financiamiento de las prestaciones en especie (servicios) del de las prestaciones en dinero (para éstas se propuso una contribución tripartita equivalente al 1 por ciento del salario base de cotización, de la que corresponde aportar el 70 por ciento al patrón, el 25 por ciento al trabajador y el 0.5 por ciento al gobierno federal)¹⁸ y el establecimiento de una cuota fija de contribución para las prestaciones en especie.

La composición de cuotas destinadas a los servicios se constituirá a partir de una *cuota fija* determinada en la forma siguiente: el patrón aportará una cuota diaria equivalente al 13.9 por ciento de un salario mínimo general para el D.F. cuando el monto de los salarios no exceda los tres salarios mínimos. En caso de que ello ocurra, el patrón cubrirá además una cuota adicional equivalente al 6 por ciento de la cantidad que resulte de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo citado y al trabajador le corresponderá una del 2 por ciento. Por su parte, el Estado aportará una cuota diaria equivalente a 13.9 por ciento de un salario mínimo general para el D.F., misma que se actualizará con el Índice Nacional de Precios al Consumidor.¹⁹ Es decir, se establece un esquema de aportaciones que depende directamente del nivel salarial de los trabajadores.

Es importante señalar que el primer cambio importante que produce la nueva forma de cotización es la sustitución de la *aportación proporcional sobre el salario base de cotización* del 12.5 por ciento²⁰

¹⁸ Artículo 107 de la Ley del Seguro Social de 1996.

¹⁹ Artículos 105, 106 y 107 de la Ley del Seguro Social de 1996.

²⁰ En el anterior modelo de cotizaciones del SEM, las primas de aportación se formaban con el 8.75 por ciento del *salario base de cotización* que el patrón debía aportar, más el 3.125 por ciento sobre dicho salario por parte del trabajador y una aportación del Estado del 7.143 por ciento del total de las cuotas patronales (artículo 114 de la Ley del IMSS derogada). De acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, artículo 84, el

por una *cuota fija* del 27.8 por ciento calculada sobre *el salario mínimo* del D.F.²¹ Con este cambio se le da un valor (cuota fija) al acceso de los servicios médicos, transformando el principio de solidaridad, de pago por salario y beneficio según necesidad, por el de equivalencia entre un monto de aportación y un beneficio recibido (modelo costo-beneficio).

El segundo cambio que se introduce es una baja en la cotización promedio al SEM, en la escala de uno a 25 salarios mínimos. Con el nuevo esquema de contribuciones se alcanza una media de aportación sobre el salario del 11.42 por ciento, o bien del 12.92 por ciento tomando en cuenta la aportación extra que hará el Estado por concepto de atención médica a los jubilados, igual al 1.5 por ciento del salario base de cotización,²² mientras que la del modelo solidario era del 12.5 por ciento.

En la gráfica 1 se aprecia claramente cómo con el nuevo modelo de cotizaciones las contribuciones efectivas al SEM se encuentran por debajo del 12.5 por ciento promedio alcanzado con el anterior sistema, excepto en los niveles salariales menores a los tres salarios mínimos, cuyas aportaciones se incrementan.

La nueva estructura de cotizaciones no propicia el aumento de recursos al SEM, y lo peor del caso es que parece aminorarlos.

Baste sólo recordar que en el Diagnóstico se reconocía que la cuota de equilibrio estimada para el modelo de atención vigente (previo a la reforma) debía ser del 13.5 por ciento, sin considerar un aumento potencial de la población usuaria, lo que comparado con el 12.5 por ciento que ofrecía el anterior sistema confirmaba en sus términos el desequilibrio financiero del ramo. A ello añadían que de ese 13.5 por ciento sería necesario un 12.8 por ciento para cubrir el pago de las prestaciones médicas y un 0.7 por ciento para el pago de las prestaciones en dinero.²³ Queda claro que con el 12.92 por ciento que ofrece la nueva estructura de aportaciones no se cumple el propósito por el que se justificó la reforma del sistema.

salario se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo. *Ley Federal del Trabajo*, 1995.

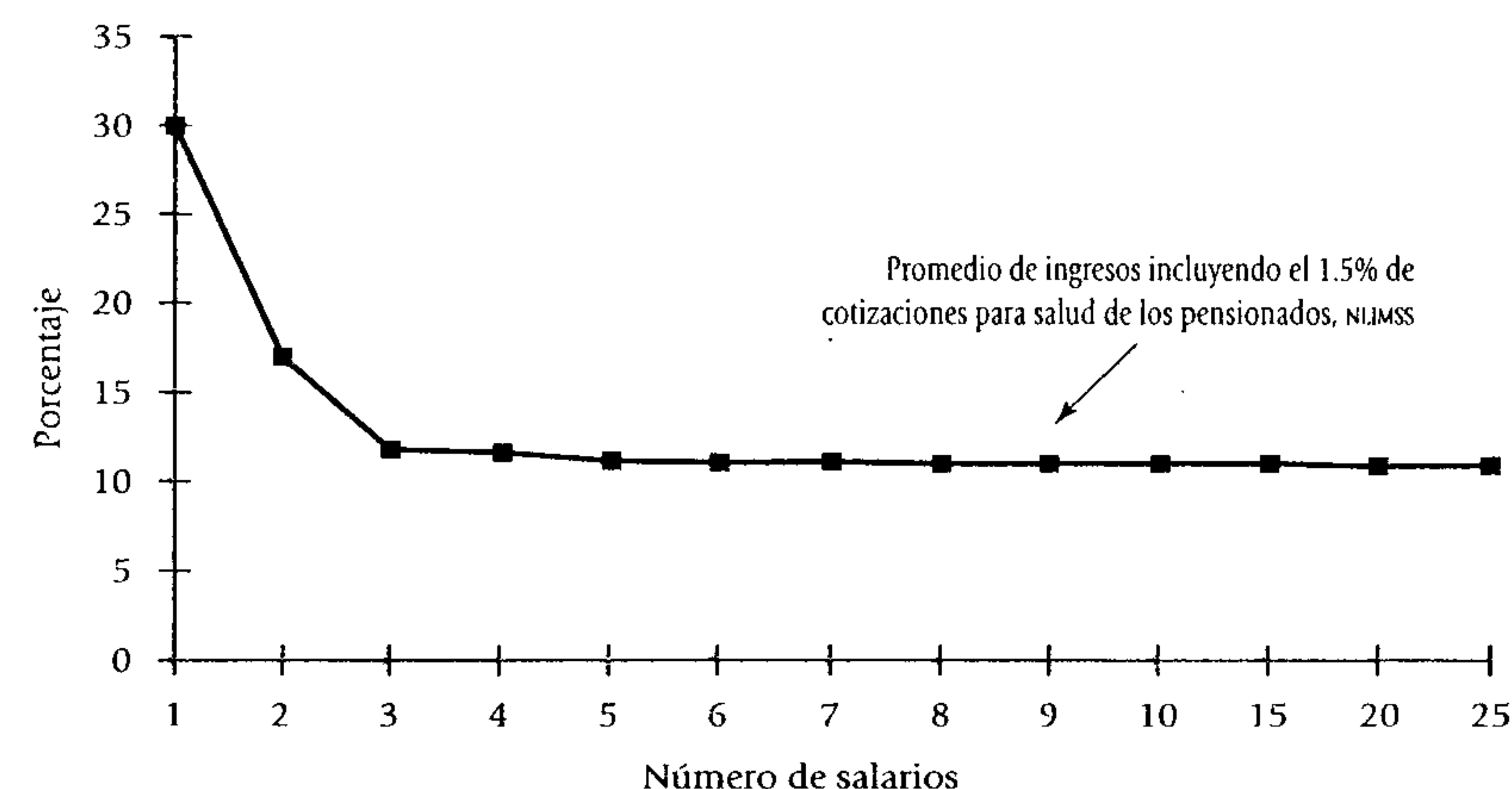
²¹ En el artículo 90 de la Ley Federal del Trabajo se define al salario mínimo como la *cantidad menor* que debe recibir en efectivo un trabajador por los servicios prestados en una jornada de trabajo. *Ley Federal del Trabajo*, 1995.

²² Artículo 25 de la Ley del Seguro Social de 1996.

²³ IMSS, *Diagnóstico*, p. 39.

GRÁFICA 1

COTIZACIÓN AL SEM, PORCENTAJE SOBRE SALARIO



Fuente: Elaboración propia con base en la Ley del Seguro Social de 1996.

La situación deficitaria que impide un eficaz y eficiente funcionamiento del SEM se complica aún más con la autonomización financiera que la reforma impuso a los seguros del IMSS.

Recuérdese que en el mismo Diagnóstico se señalaba que el SEM debería pagar al IVCM un interés por el valor del capital invertido en infraestructura e inmuebles con recursos de ese ramo, los cuales son utilizados para brindar el servicio médico²⁴ (véase gráfica 2).

Con un déficit financiero acrecentado y con la eliminación de la transferencia de recursos del IVCM al SEM, la insuficiencia de fondos provocará, además de un mayor deterioro en el funcionamiento del ramo, negarle la posibilidad de realizar algún tipo de inversión en infraestructura o tecnología para desarrollar sus servicios, e incluso orillarle a vender forzosamente sus clínicas y hospitales por falta de pago de las rentas de sus instalaciones.

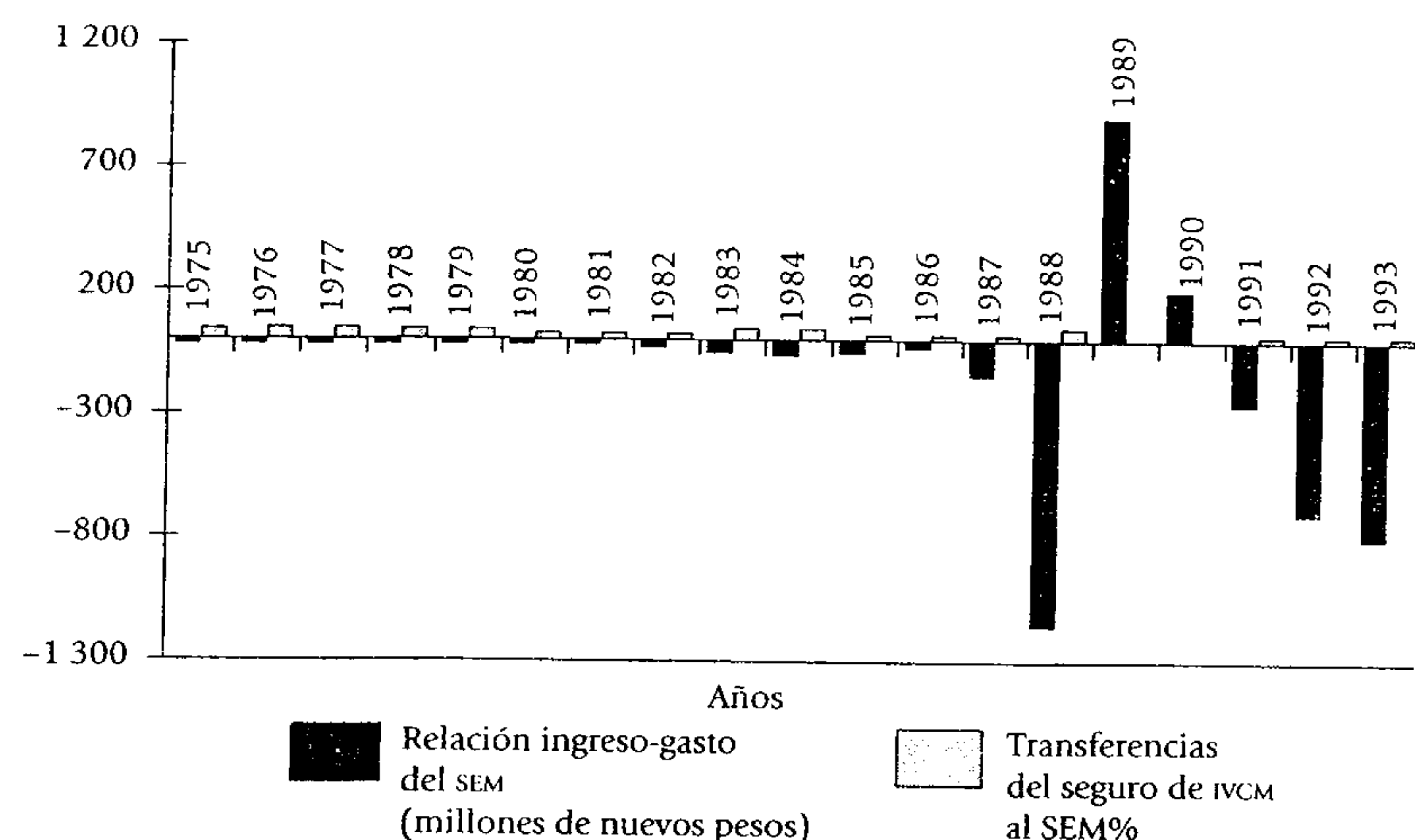
De acuerdo con las anteriores evidencias, otro asunto que resulta preocupante e inentendible del modelo de cotizaciones fijas es la razón por la que se propuso cuando inviabiliza la capacidad económica de las empresas con trabajadores de bajos ingresos, desincentivando el crecimiento del empleo y los salarios.²⁵

²⁴ *Ibid.*, p. 36.

²⁵ *Cfr. Diagnóstico*, p. 31.

GRÁFICA 2

TRANSFERENCIA DE RECURSOS DEL IVCM AL SEM DE 1975 A 1993



Fuente: Elaboración propia, con base en el sexto Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, México, 1994.

La introducción de una cuota fija de aportaciones cancela la fórmula proporcional previamente existente según la cual la estructura de contribuciones se acompañaba de mecanismos de solidaridad y equidad entre las empresas de pequeñas, medianas y altas cotizaciones. La desgravación salarial que provoca la puesta en marcha del modelo de contribuciones fijas representa un subsidio a las grandes empresas (las de los cotizantes más altos) de parte de los patrones con trabajadores de bajos ingresos, obligándoles a estos últimos a incrementar su aportación en casi el 80 por ciento al ramo de enfermedades y maternidad. Lo cual además de ser de suyo totalmente contradictorio e injusto provoca la elevación de los costos laborales de las pequeñas empresas, reduciendo su competitividad y seguramente desestimulando su interés para afiliar a sus trabajadores a la seguridad social, dos propósitos por los que también se justificó la reforma (véase gráfica 1).

Ahora bien, la liberación del pago de cuotas (hasta en un 33 por ciento)²⁶ a las empresas de altos salarios pretende justificarse con el incremento de la aportación estatal a este ramo en casi siete veces más

²⁶ Poder Ejecutivo Federal, *Iniciativa de Ley del Seguro Social. Exposición de motivos*, 1995.

de lo que anteriormente erogaba. Vale preguntarse aquí la razón por la que se comprometen importantes fondos presupuestales –que tampoco resuelven el problema de desfinanciamiento del Instituto, por como están estructuradas las cotizaciones– para subsidiar a las grandes empresas, en vez de que esos recursos se destinen a solucionar los problemas de injusticia e inequidad social.

En conjunto no se ven señales de que con el nuevo esquema de cotización por contribuciones fijas se produzca un aumento de recursos al SEM. Además de introducirse un sistema que pone precio a los servicios, mercantilizando la salud, se constata que se avanza en un ahondamiento del desfinanciamiento del ramo, mismo que profundiza el deterioro de los servicios y amenaza la sobrevivencia del Instituto.

Queda claro que la intención verdadera de la reforma hay que encontrarla más allá de las declaraciones públicas de las autoridades del Instituto y de las propias exposiciones de motivos, en el sentido de fortalecer al IMSS y de ampliar su cobertura.

El Seguro de Salud para la Familia

La creación del Seguro de Salud para la Familia fue planteada entre los objetivos de acrecentar los ingresos destinados a los servicios médicos mediante una fuente alterna de financiamiento y para ampliar la cobertura de éstos a otros sectores de la población.

El costo de este seguro es equivalente al 22.4 por ciento de un salario mínimo general del D.F., y por cada familiar adicional se añadirá el pago de una cuota extra equivalente al 75 por ciento de la que corresponde a dicho seguro.²⁷

En cálculos realizados sobre una población potencial de aproximadamente 500 000 familias asegurables no parece claro que este seguro resolverá el problema deficitario del SEM (aumentaría sus ingresos en sólo un 5 por ciento) y en cambio agudizaría la presión sobre los servicios por demás insuficientes para atender a los derechohabientes de la seguridad social.²⁸

Hay que añadir a ello que casi un tercio de la población tiene ingresos por debajo de los tres salarios mínimos y ellos constituyen la base de la estructura salarial de los potencialmente asegurables, por lo que parece poco probable que éstos puedan destinar a la salud el porcentaje de recursos requeridos por el Seguro de Salud para la Familia y,

²⁷ Artículo 242 de la Ley del Seguro Social de 1996.

²⁸ Laurell, *op. cit.*, p. 98.

además, difícilmente podrán mantener la disciplina de una erogación constante para su pago (condición mínima para estabilizar cierto monto y constancia de ingresos al SEM). Esta situación empeora si se toma en cuenta que su inserción productiva se da en un escenario caracterizado por la restricción de empleos y la ausencia de una cultura y normatividad de protección laboral y social. No es evidente entonces que mediante este seguro se vayan a ampliar tampoco de manera significativa ni los recursos ni la cobertura del SEM.

Los Convenios de Reversión de Cuotas

Los Convenios de Reversión de Cuotas son un mecanismo que siempre ha existido en la ley del IMSS por el cual las cotizaciones relativas al SEM se devuelven a las empresas para contratar con ellas servicios médicos en la misma empresa o con instituciones privadas. Resulta un instrumento que permite impulsar la ampliación de la opción privada de seguros y de servicios dentro del seguro obligatorio.

En el contexto de la reforma sanitaria en curso –donde el Programa Nacional de Salud 1996 plantea una reorganización administrativa de los servicios tendente a separar las funciones de recaudación y distribución de los recursos financieros de las de administración y oferta de servicios, con el objetivo de expandir la medicina privada vía el mecanismo de compra-venta de servicios o mercantilización de la salud–²⁹ los Convenios de Reversión de Cuotas adquieren un papel protagónico.

Después de analizar el sentido de las reformas provocadas al SEM, que avanzan en su deterioro financiero y de servicios, la posibilidad de establecer Convenios de Reversión de Cuotas, autorizados discrecionalmente por el Consejo Técnico del Instituto, incrementa la probabilidad de generalizarlos entre los grupos de altos cotizantes, privatizando selectivamente a las instituciones públicas de salud.

Consecuencia voluntaria del déficit financiero y de la política de contención de costos, las condiciones de deterioro en que se encuentran los institutos médicos del IMSS –insuficiencia de materiales, desabasto de medicamentos y productos radiológicos, diferimiento de citas, falta de mantenimiento de los equipos tecnológicos, déficit de personal médico y de enfermería, etc.– incita y empuja a los sectores con mayores recursos a contratar seguros privados de salud.

²⁹Véase Laurell, *op. cit.*

Un ejemplo más o menos reciente sobre esta realidad lo constituyó la denuncia hecha por la Federación de Sindicatos de Empresas de Bienes y Servicios (Fesebes) en el sentido de estarse orillando a “empresas de las grandes” (aviación e industria) a optar por la seguridad privada vía la reversión de cuotas y la subrogación de servicios con el fin de “salirse del Instituto y formalizar contratos con hospitales privados”.³⁰

Anteriormente ya había sucedido que la generalización de los seguros médicos privados apareciera como una conquista contractual para empleados que contaban con aseguramiento en el IMSS o el ISSSTE; un caso ejemplar es el de los sectores universitarios.

De acuerdo con el nuevo esquema de cotización y según la distribución de los asegurados y los fondos del SEM por nivel de salarios, el 69 por ciento de los asegurados que cotizan en el nivel salarial de hasta tres salarios contribuyen con casi el 50 por ciento de los fondos y aproximadamente 32 por ciento restante de los asegurados y niveles salariales aporta la otra mitad de los recursos.

Aunque en los hechos sólo dos terceras partes del sector de altos cotizantes constituyan un mercado potencial para el sector privado, sus contribuciones al SEM constituyen el 47 por ciento de las cotizaciones totales.

Estas cifras muestran que en el caso de optar por la medicina privada la fuga de fondos dejaría a los sectores de menor ingreso, que son la mayoría, con la mitad de los recursos en un sistema de salud totalmente deficitario, agudizando las insuficiencias para prestar servicios con calidad y oportunidad y para garantizar el derecho a la salud de millones de mexicanos. Su resultado sería adverso al mantenimiento del servicio del IMSS amenazando la cobertura de los tres niveles de atención actuales.

Junto con el esquema de cotizaciones fijas, la incorporación de la opción privada dentro del seguro obligatorio, operada a través de los Convenios de Reversión de Cuotas, está provocando un proceso de “mercantilización” de la salud dentro de las instituciones públicas y la privatización selectiva de ellas.

Según dicho esquema, el plan de servicios que ofrecerá el IMSS será proporcional a la base con la cual se fija la cuota única de contribución al SEM (cuota fija o valor de la salud). Este proceso de mercantilización dará paso a la generalización de paquetes o planes predefinidos

³⁰*La Jornada*, 8 de agosto de 1997, p. 46.

de salud, los cuales establecerán la protección de diferentes riesgos por costo, accediéndose a ellos en función de la capacidad de bolsillo. En razón de la escasez de recursos, ello conducirá a que la prestación de servicios quede reducida a paquetes básicos de salud, o de atención primaria en el primer nivel, únicos a los que tendrán acceso los sectores de menores recursos, los viejos y los pensionados. Sin lugar a dudas es un proceso con el cual se estratificarán los servicios, en acceso y calidad, dentro del mismo Instituto.

Hacer del IMSS un ámbito cuyos servicios de salud dependen de la capacidad financiera de los individuos y de los costos de los servicios implica violentar su responsabilidad y obligatoriedad constitucional como instrumento de la seguridad social para garantizar la protección de la salud de los derechohabientes como un derecho social, con lo que se tiende a poner fin al modelo de seguridad social constitucional de carácter público, cimentado en los principios de integralidad, solidaridad, equidad y universalidad.

La debilidad de la estructura financiera y operativa del IMSS, provocada deliberadamente con la contracción del gasto, de los salarios y del empleo y con la disminución de recursos, según el esquema de cotizaciones por cuota fija, además de que potencia las posibilidades de la privatización selectiva del sector, pone en riesgo la estructura del sistema público de salud y seguridad social.

Los verdaderos propósitos de la reforma aparecen claros: liberalizar los mercados cautivos de la salud pública, que concentran parte importante de los recursos que la sociedad destina a los servicios y beneficios sociales, para privatizar las áreas rentables de esas instituciones (privatización selectiva), abaratar sus costos, simplificar la prestación de los servicios públicos y redefinir las poblaciones hacia quienes se orientará ese servicio.³¹

Dicha estrategia cumple perfectamente con los propósitos del Programa Nacional de Salud en el sentido de reestructurar al sector por funciones, según un esquema tripartito de servicios formado por un sector privado –expandible a través de la incorporación de seguros privados al IMSS–; uno de servicios de seguridad social –que cubrirá a población con capacidad de pagar un seguro voluntario, por cuotas fijas– y uno

³¹ Baste recordar en cifras, como lo señala el mismo diagnóstico del IMSS, que tan sólo el monto de las cuotas recabadas para el SEM en 1994 fue de 22 249 millones de nuevos pesos, cantidad equivalente al 60 por ciento del valor estimado de la recaudación del Impuesto al Valor Agregado, que es el segundo impuesto en importancia y solidez, lo que permite visualizar el volumen de recursos de este ramo de aseguramiento. *Diagnóstico*, p. 35.

de servicios estatales de salud dirigido a la población no asegurable, en razón de su precariedad económica. Este último forma parte de la estrategia de descentralización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del IMSS-Solidaridad.

Vale puntualizar que la privatización en sí misma no es ni buena ni mala, simplemente constituye un instrumento para lograr otros propósitos diferentes a la protección universal de la salud. Y la salud es una garantía constitucional que debe ser respetada.

El cuestionamiento a la reforma del SEM tiene que ver precisamente con la preminencia de la ética privada sobre la pública y con el cambio de relación del Estado en torno a la justicia social. Esta vez, la intervención estatal está orientada principalmente a fomentar legal y económicamente a la iniciativa privada, haciendo de la salud un espacio directo de la acumulación. Mientras que en el ámbito social su intervención se reduce a realizar y financiar políticas y programas transitorios, puntuales y a bajos costos para la población con escasos o nulos recursos.

La incorporación de prestadores de servicios privados dentro del sistema de salud pública, de realizarse, tiene que hacerse con base en esquemas de integración precisos, normados y sancionados desde el Estado. El complejo médico-industrial compuesto por aseguradoras privadas y grandes empresas médicas debe ser regulado sujetándolo a normas éticas y de calidad. Sólo en esos términos la mezcla público-privada en los servicios de salud fortalecería al sistema público evitando obstáculos para un acceso equitativo a la salud, así como la estratificación de los servicios en términos de la calidad de atención.

● Alternativas

Del análisis sobre la reforma al SEM destaca que ninguno de los tres objetivos por los que se justificó ésta tiene visos de concretarse: ni el refinanciamiento del ramo ni la ampliación de la cobertura ni la recalificación de los servicios.

Lo que se pone en evidencia, por el contrario, es un proceso por el cual se están creando las condiciones institucionales para impulsar la privatización selectiva de los servicios médicos del IMSS, a través del fomento al sector privado dentro del ramo de aseguramiento obligatorio.

Proceso éste que, de continuar, derivará en la formación de un sistema estratificado de seguros dentro del IMSS: uno de servicios pri-

vados (para los de mayores recursos) y otro de servicios públicos (para el resto), hecho que implica una abierta regresión a la obligación constitucional de la seguridad social de garantizar el derecho a la salud y que a la larga conllevará al desmantelamiento de las instituciones públicas.

Detener esta tendencia y revertirla para conservar a las instituciones de sanidad pública demanda una reforma urgente.

En ese objetivo, el primer reto que una política alternativa tiene que resolver es de orden *ético*. La reforma al SEM está sustentada en los principios de mercado según los cuales la salud deja de ser expresión de una necesidad humana básica y su protección un satisfactor esencial y un derecho inalienable.

Es necesario revertir el imperio de una concepción de salud que deriva de la individualización de los derechos y libertades, consustancial a las políticas del ajuste estructural y de la "austeridad competitiva", que convierten a la salud en un medio económico, para potenciar la apertura de nuevos espacios para la acumulación privada.

Conseguirlo significa terminar con la idea de que la atención a la salud es sinónimo del control de la enfermedad, desdeñando el hecho de que las particulares formas de enfermarse y de morir son expresión de las condiciones de vida y de trabajo de la población, sobre las cuales hay que incidir también públicamente para modificar los perfiles epidemiológicos nacionales que amenazan el desarrollo individual y colectivo de la sociedad, así como a sus capacidades y potencialidades humanas y productivas.

Lo anterior supone trascender la idea de que la política de atención a la salud se tenga que determinar de acuerdo con una lógica de equivalencia de mercado, o en función del número y costo de intervenciones epidemiológicas que deben llevarse a cabo en relación con los años de vida saludables de los individuos,³² e impone volver a tratar a la salud como un proceso social integral.

Sólo a partir de ese logro ético podrá transformarse la noción de que el bienestar social y la atención a la salud son una responsabilidad individual que pertenece al ámbito de lo privado, revirtiendo la idea de que su protección y atención han dejado de ser un compromiso público frente al que la sociedad debe responsabilizarse.

A partir de estos alcances, los cambios institucionales, los beneficios y los servicios públicos dejarán de concebirse como meras ade-

cuaciones pragmáticas a los efectos no deseados del mercado, frenando el proceso de desresponsabilización pública en torno a la salud y terminando con la idea de que la acción del Estado sólo se justifica cuando no es rentable hacerlo a los particulares, razón por la que la acción pública se ha vuelto selectiva.

En otros términos, es propósito de una reforma alternativa recuperar la idea de que la salud y su protección son un bien público que la sociedad tiene la responsabilidad de garantizar para todos a través del Estado, con un sistema integral, universal y de igualdad.

Ello supone que una reforma sanitaria con amplio sentido social debe estar sustentada tanto en la concepción de la salud como una necesidad humana básica a la que hay que reconocer y respetar como derecho social, como en el principio de que en respuesta al compromiso con los derechos sociales es el Estado quien debe garantizar la protección de la salud de forma pública a través de la responsabilidad compartida entre Estado y sociedad. Es decir, que la reforma debe estar guiada por el principio de *garantizar el derecho a la salud de todos los mexicanos*.

Las instituciones públicas de salud y particularmente las del IMSS, ocupan un lugar primordial en la atención de la salud, en razón de lo cual el primer paso que debe darse en una reforma alternativa es revertir el proceso profundo y prolongado de desfinanciamiento por el que atraviesan, para luego poder garantizar su crecimiento, su fortalecimiento y su democratización.

Propósitos que sólo pueden cumplirse creando las condiciones que resuelvan la problemática de polarización sanitaria que existe en el país (adecuando sus servicios a ellas), garantizando con calidad humana y técnica la oportunidad de los servicios y administrando de forma eficiente y transparente los recursos.

Estos planteamientos suponen que en lo inmediato sea revertido el proceso de privatización selectiva y desmantelamiento de los servicios, eliminando el interés mercantil que ha acompañado a las últimas reformas.

Para ello es imperativo refinanciar a las instituciones públicas de salud; rediseñar la política del gasto social invirtiendo la lógica según la cual se privilegian criterios mercantiles en la determinación del gasto social para sustituirlo por el de la satisfacción de las necesidades del bienestar; democratizar el poder de decisión y el poder técnico en la formulación de la política de salud, lo que incluye su gestión e instrumentación para conseguir una nueva distribución de poder dentro

³²Funsalud, *Economía y salud*, 1995.

del sector, favoreciendo el desarrollo del control social sobre esos procesos; descentralizar al sector salud entendiendo por éste un proceso de redistribución de los recursos federales (técnicos y financieros) a los estados y municipios con una política capaz de potenciar la horizontalidad en el diseño de estrategias, dotándolos de capacidad resolutoria, para así cerrar la brecha a las diferencias sanitarias entre los estados de la República; redefinir las relaciones entre el sector público y el privado a través de regular desde el Estado al sector privado de la salud y establecer un sistema de contabilidad sanitaria para efficientizar recursos y ahorrar gastos.

Además de las medidas anteriores, se propone la *consolidación del sistema de salud de los sectores con capacidad contributiva* (los que hasta ahora han estado incorporados a los seguros de salud de la seguridad social del IMSS y del ISSSTE, principalmente). Este sistema, si bien no agota ni resuelve el complejo problema sanitario, cuando menos sí constituye un avance sustancial en la protección de la salud de casi 10 millones de derechohabientes y de sus familias, y es un claro recurso en contra del desmantelamiento de la existente infraestructura pública sanitaria.

Para ello se propone mantener a la seguridad social pública como responsabilidad colectiva de la sociedad, cuyo cumplimiento es una obligación del Estado y fusionar los distintos esquemas de seguridad social, avanzando hacia un sistema único de servicios públicos contributivos que provoque el crecimiento sostenido de los servicios de salud, potenciando el funcionamiento eficaz de la seguridad social pública, sin irracionalidades, duplicidades y sobrecostos.

Para avanzar en una política de salud caracterizada por la universalidad es necesario aplicar una estrategia ampliada de creación de empleos productivos (que restituya los perdidos y que incorpore a los jóvenes) y una política de recuperación de los salarios.

Estas dos políticas constituyen el mecanismo a través del cual los ciudadanos se incorporan a la seguridad social, que es el camino más completo para garantizar de forma integral (con calidad, calidez y oportunidad) la salud como derecho social.

Debe garantizarse el equilibrio financiero del IMSS fortaleciendo financieramente a las instituciones de salud en el corto plazo con un bono de recursos extraordinarios al ramo de enfermedad y maternidad, para revertir su deterioro y para permitir mantener la eficiencia y oportunidad de los servicios, así como para ampliar su infraestructura.

Ahora bien, para revertir en el corto plazo el proceso de desfinanciamiento y deterioro del Instituto es necesario que la estructura de las cotizaciones y sus montos sean suficientes para satisfacer los costos de operación de los servicios, el pago de rentas por uso de la infraestructura médica y nuevas inversiones que la desarrollen.

Ello sólo será posible volviendo a determinar las cuotas de aportación al seguro en proporción al salario base de cotización; manteniendo el monto de aportación del gobierno en los mismos términos y cuantía que están determinados en la ley del IMSS aprobada en 1995, volviendo a la forma y montos de contribución de patrones y trabajadores según la ley derogada, actualizando las contribuciones de los esquemas modificados, y frenando y castigando la evasión de los contribuyentes.

Para que las propuestas anteriores sean efectivas es inminente la recuperación del valor real de los salarios y el fortalecimiento y desarrollo de la pequeña y mediana empresa.

Para ofrecer con calidad y oportunidad los servicios es necesario en primer lugar y como condición ineluctable fortalecer financieramente al SEM, a partir de lo cual se podrá desburocratizar y revalorizar el trabajo; democratizar la gestión y los servicios con la participación conjunta de directivos, trabajadores, derechohabientes y usuarios; garantizar el abastecimiento oportuno, con bajos costos y alta calidad de materiales, medicamentos y equipos; racionalizar el manejo de inventarios y transformar el modelo de salud de médico-hospitalario en un modelo preventivo.

Si bien éstos constituyen algunos lineamientos básicos sobre los cuales es posible pensar y construir alternativas para resolver los problemas más urgentes de desfinanciamiento, deterioro de servicios y desmantelamiento del SEM del IMSS, la posibilidad de reconquistar la garantía de los derechos sociales para todos los ciudadanos mexicanos tiene necesariamente que ser resuelta redefiniendo la estrategia social que el ajuste y la inserción a la economía del mercado internacional han impuesto.

Sólo así será viable pensar en la posibilidad de organizar un sistema de protección a la salud como derecho universal. Crear un sistema de salud con cobertura universal de servicios equitativos que sea accesible a todos los mexicanos sin ningún tipo de distinción, o un sistema único de salud.

Sin embargo, avanzar en ese propósito lleva a resolver por consenso la disyuntiva entre continuar con un esquema de política social

meramente compensatorio –una política que tiene efectos mientras dura un programa determinado–, o bien, por oposición, a sustituirlo con un modelo de política social que apunte a transformaciones sociales de largo plazo, por el intermedio de las propias acciones que ella lleve a cabo –la redistribución y transferencia del ingreso, la integración social, la creación de ciudadanía, etc.³³ Es decir, **se trata de** acordar una nueva estrategia social para el desarrollo.

En relación con la salud hay que concertar una agenda entre los distintos actores sociales involucrados donde se acuerde por consenso cuáles han sido las causas del origen del deterioro de las instituciones de salud pública para definir entonces los temas para la reforma del sector y los principios rectores que deben guiar esa transformación.

Esta discusión involucra necesariamente la de la reforma del Estado y la de la construcción democrática nacional, asunto que no puede obviarse cuando la realidad social mexicana, un país en desarrollo con altos índices de pobreza, demanda cada vez más que el aumento de la intervención estatal deje de favorecer y privilegiar la apertura de nuevos espacios de acumulación en detrimento del bienestar y de la igualdad e integración sociales, para entonces dirigirlo a impulsar el desarrollo social, que con creces ha demostrado que no se alcanza con el desarrollo económico por sí mismo.

La política social y la de salud deben ser discutidas como prioridades y como la posibilidad de reorganizar alianzas sociales novedosas, acordando un nuevo pacto social y, con él, un modelo de producción del bienestar social equitativo, democrático e inclusivo. Sólo a partir suyo podrá pensarse en una reforma sanitaria capaz de atender y resolver los “problemas generales” de todos los ciudadanos y los “problemas particulares” de los indigentes, resolviendo, en una clara intención de equidad, la satisfacción de las necesidades básicas y la integración social.

● Bibliografía

DE BUEN, Néstor, “Principios de la seguridad social mexicana”, en Ma. Luisa Mussot (coord.), *Alternativas de reforma de la seguridad social*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Fundación Friedrich Ebert, México, 1996.

³³Véase Ma. Luisa Mussot, “México, la estrategia social del nuevo milenio”, en *Globalismo y geopolítica en América Latina y el Caribe*.

CORDERA, Rolando, “Economía política y seguridad social”, en N. Treviño et al., *Opciones de reforma de la seguridad social*, CISS, México, 1994. Serie de Estudios, núm. 13.

FUNSAUD, *Economía y salud*, Funsalud, México, 1995.

HAZAS, Alejandro, “Futuro del sistema pensionario de los trabajadores sujetos a la Nueva Ley del IMSS”, en Ma. Luisa Mussot (coord.), *Alternativas de reforma de la seguridad social*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Fundación Friedrich Ebert, México, 1996.

IMSS, *Diagnóstico*, IMSS, México, 1995.

———, *Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social*, IMSS, México, 1994.

———, *Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social*, IMSS, México, 1996.

LABRA, Armando, “De pobres, pobreza y empobrecimiento. Política económica vs. bienestar social”, en *Economía Informa*, 246, México, abril de 1996.

LAURELL, Asa Cristina, *La reforma contra la salud y la seguridad social*, ERA-Fundación Friedrich Ebert, México, 1997.

MUSSOT, Ma. Luisa, “México, la estrategia social del nuevo milenio”, en *Globalismo y geopolítica en América Latina y el Caribe*, Fondo de Cultura Económica-Instituto Panamericano de Geografía e Historia, México, en prensa.

OSORIO, Saúl y Berenice Ramírez (coords.), *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, UNAM, DGAPA; IIEC y Triana, México, 1997.

PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Iniciativa de Ley del Seguro Social. Exposición de motivos*, México, noviembre de 1995.

SALINAS DE GORTARI, Carlos, *Sexto Informe de Gobierno*, Poder Ejecutivo Federal, México, 1994.

El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?¹

Jairo Humberto Restrepo Zea

● Introducción

En el contexto de los cambios económicos y políticos acaecidos en Colombia en la última década del siglo xx, la Ley 100 de 1993 constituye una innovación trascendental a la vez que presenta exigencias y repercusiones considerables para el futuro del país. Los temas referentes a la salud y la seguridad social ganan terreno a nivel académico y político, particularmente por las preocupaciones sobre el déficit fiscal y las intenciones relativas al alcance de la eficiencia y el bienestar de la sociedad consagrados en la Constitución de 1991.

La Ley 100 establece una de las metas más ambiciosas de los últimos tiempos si se tiene en cuenta la situación característica del país en cuanto a salud y las reformas adelantadas en los demás países del continente: el acceso de toda la población a los servicios de salud en todos los niveles de atención, para lo cual se extiende la cobertura de la seguridad social en salud a la familia de los cotizantes, se declara la obligatoriedad en la afiliación para todas las familias con capacidad de pago y se garantiza la cobertura de los más pobres mediante un esquema de subsidios a la demanda.

Para alcanzar esta meta en el año 2000 se requieren transformaciones profundas a nivel de los organismos que formaban parte del anterior sistema de salud, en especial el Instituto del Seguro Social, iss, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, los hospitales públicos y las entidades territoriales (servicios seccionales de salud). Asimismo, es necesario contar con la presencia de nuevos organismos como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

¹En este trabajo se resumen los elementos centrales de la tesis de maestría *Implementación del sistema general de seguridad social en salud en Colombia* y se toman en cuenta resultados de las investigaciones que sobre el seguimiento de la reforma se adelantan en el Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia, CIE.

y las Empresas Promotoras de Salud, y disponer cambios en la utilización de los recursos públicos del sector.

Lo anterior da cuenta de la complejidad de la reforma. En realidad, los cambios adoptados producen efectos considerables sobre cada uno de los agentes que participan en un sistema de seguridad social: políticos, burócratas, empleadores, empleados, contribuyentes, aseguradores, proveedores y beneficiarios, de manera que resulta muy importante efectuar un análisis sobre la posibilidad de alcanzar la cobertura universal.

En este trabajo se aborda el estudio de la Ley 100 en una perspectiva de políticas públicas y con el propósito de evaluar, de manera anticipada, el cumplimiento de sus objetivos. Para esto, el asunto teórico relevante se refiere a la implementación de una política considerada como una hipótesis de relación causal y se analiza el porqué no se lograrían los resultados esperados a partir de su adopción. Con estas consideraciones se realiza una lectura de la reforma en términos de política pública y poniendo especial atención en el proceso conducente a su adopción y en su contenido técnico, diferenciando los escenarios característicos de 1993 y 2001 (primera y segunda partes). Igualmente, se analiza la implementación de la reforma con una discusión sobre los postulados considerados en la ley y los obstáculos enfrentados a partir del desacuerdo entre quienes forman parte del proceso de implementación (tercera parte).

Luego de estas reflexiones se ofrecen algunas conclusiones acerca del desarrollo de la reforma y de sus avances reales, especialmente en lo relativo a la cobertura de la población pobre y la transformación institucional ordenada por la ley (cuarta parte). Se espera, con este esfuerzo analítico, ofrecer un marco de referencia para el estudio de la reforma a los sistemas de salud en América Latina, de manera que puedan advertirse las bondades, debilidades y limitaciones del nuevo sistema adoptado en Colombia.

● El escenario en 1993

Caracterización del sistema de salud

En el momento de ser promulgada la Ley 100, la prestación de los servicios de salud estaba organizada en el país siguiendo tres sistemas diferentes de acuerdo con su financiación, con la población cubierta y con los planes de beneficios, entre otros aspectos. *En primer lugar, el*

sistema público de salud estaba integrado por el Ministerio de Salud, los Servicios Seccionales de Salud (dependencias de los departamentos) y la red hospitalaria adscrita a estos organismos centrales y con presencia a nivel municipal y regional según los niveles de complejidad. Para prestar sus servicios, los hospitales recibían en forma directa recursos financieros, humanos y materiales de los gobiernos nacional y seccionales; los beneficiarios del sistema, por su parte, aportaban recursos en forma parcial mediante el pago de tarifas que eran objeto de diferenciación socioeconómica y recibían atención primaria y otros servicios de mayor complejidad, con precariedades muy notorias en el suministro de medicamentos, la atención integral y el acceso de grupos de población pobre y vulnerable; adicionalmente, en algunos casos se adelantaban campañas y eventos especiales para acceder a donaciones y a la caridad pública.

Aunque en este sistema de asistencia pública no se diferenciaban claramente las funciones de financiación y provisión de los servicios, se destacaba la participación de un número importante de hospitales de origen privado que recibían recursos públicos en la modalidad de subsidios a la oferta, constituyendo éstos una fuente financiera importante. Por otra parte, con la Ley 10 de 1990 se ofrecieron herramientas para modernizar el sistema, como fueron la descentralización, el establecimiento de nuevas rentas y el fortalecimiento de las existentes (cargas impuestas a los usuarios, adopción de tarifas de referencia y definición de relaciones contractuales entre organismos públicos y privados para la prestación de los servicios). A partir de lo anterior fue necesario avanzar en la conformación de un sistema de facturación que justificara el acceso a los recursos públicos.

En 1991 el sistema público de salud contó con recursos equivalentes a unos 730 millones de dólares, según el tipo de cambio promedio de 1996, distribuidos del siguiente modo: 55 por ciento a cargo del Ministerio de Salud y representados fundamentalmente en el situado fiscal dirigido a los departamentos; esta transferencia, creada a partir de la reforma constitucional de 1968 y reformada mediante la Ley 10 de 1990, está destinada a financiar los servicios de salud y educación en cada departamento y representa un porcentaje significativo de los ingresos corrientes de la nación (24.5 por ciento de acuerdo con la Constitución) con carácter automático, condicionada y sin contrapartida. En la práctica, los servicios seccionales de salud recibían la transferencia, un 30 por ciento del total, pagaban nómina en los hospitales públicos y giraban recursos a éstos y a hospitales privados para contribuir a su financiamiento.

La segunda posición, como fuente financiera del subsistema público, estaba constituida por las denominadas rentas cedidas o recursos departamentales, con el 25.3 por ciento del total y provenientes fundamentalmente de los impuestos específicos y los arbitrios rentísticos establecidos sobre licores, cerveza, loterías y apuestas permanentes. A diferencia del situado fiscal, estos recursos han presentado un retroceso considerable a partir de la apertura económica y del comportamiento de los mercados gravados; en su destino, tienen prelación los gastos de funcionamiento de los servicios seccionales de salud y las entidades de segundo y tercer nivel de atención.

La tercera fuente de recursos en 1991 se refería a las rentas propias de hospitales o recursos derivados de la venta de servicios, con una participación del 16.3 por ciento en ese año y un aumento considerable a partir de 1990 como consecuencia probablemente de la actualización de tarifas y de otras disposiciones de la Ley 10 del mismo año. A pesar de recibir transferencias en forma creciente desde 1986, con destino a la inversión, en los municipios no se realizaban asignaciones importantes a este sector y más bien se daba prioridad al desarrollo de infraestructura física.

Por último, los aportes municipales resultaban mínimos (1.1 por ciento del total de recursos) y daban cuenta del poco impacto que había tenido la descentralización sobre este sector desde el punto de vista financiero.

En segundo lugar, el sistema privado de salud se encontraba conformado por la oferta creciente de esta naturaleza y financiado principalmente mediante el pago directo de parte de los hogares; además, en el país se venía desarrollando un sistema de medicina prepagada que ofrecía cobertura a la población de ingresos medios y altos.

Desde la perspectiva del gasto es importante considerar que Colombia se ha caracterizado por tener una participación de los hogares en la financiación de la salud superior a la registrada mediante los recursos públicos. De acuerdo con información del Banco Mundial, estas proporciones serían de 55 y 45 por ciento en 1990, respectivamente, mientras que en América Latina serían de 40 y 60 por ciento (Banco Mundial, 1993).

El gasto realizado por los hogares merece varias clasificaciones, de acuerdo con los productos concretos (gastos médicos, hospitalización, cirugía, exámenes de laboratorio y medicamentos) y los estratos de población (Molina *et al.*, 1993). En especial, se destaca el esfuerzo de las familias para acceder a atenciones costosas y a medicamentos y

diagnósticos no ofrecidos por el sistema público, con un peso considerable dentro del ingreso de las familias de más bajos recursos.

Y en tercer lugar, el sistema de seguridad social garantizaba la atención integral de un 20 por ciento de la población nacional, destacándose los beneficios recibidos por los empleados del sector público afiliados a diversas cajas de previsión, los pensionados, y los empleados del sector privado afiliados al Instituto del Seguro Social. Este sistema se financiaba mediante aportes presupuestales en el primer caso y de la cotización proveniente de la nómina en el segundo. Además, los servicios eran prestados en forma directa (caso iss y cajas de previsión del sector público) o mediante la contratación (en el caso de algunas entidades públicas).

Por último, en forma complementaria a estos mecanismos existían otros para proteger a la familia de los afiliados, destacándose las Cajas de Compensación Familiar, que brindaban algunos servicios de salud gracias al aporte del 4 por ciento de la nómina para complementar la seguridad social de los trabajadores, especialmente los de menores ingresos, ofreciendo servicios de recreación, vivienda, educación y salud, entre otros, y otorgando subsidios a hijos y otros derechohabientes del trabajador.

Principales problemas

Para efectuar un análisis crítico sobre la reforma colombiana es conveniente considerar los puntos centrales del problema que se intentaba resolver, ya que éstos se constituyen a su vez en los principales elementos para evaluar los resultados esperados y reales. En la perspectiva de las políticas públicas, el problema de la atención de la salud existente en 1993 puede definirse de la siguiente manera: "Muchos colombianos no tienen acceso a la atención básica de salud."² En efecto, en 1994 el 19 por ciento de la población nacional no tenía acceso a los servicios cuando los requerían y todavía nacían 200 000 niños sin atención médica (Ministerio de Salud, 1994, p. 7).

Por otra parte, el análisis sobre la carga de la enfermedad en Colombia ha mostrado que el 57 por ciento de los años de vida saluda-

²Es importante observar que a pesar de presentarse una problemática de este tipo de característica de los países menos desarrollados en el contexto de América Latina y al comenzar la década de 1990, "Colombia presentaba unas condiciones de salud aceptables en términos comparativos, incluso con algunas ventajas sobre países con igual o mayor nivel de desarrollo (México, Brasil, Venezuela, Argentina y Chile) y, a diferencia de éstos, obtuvo un ingreso per cápita y un gasto per cápita en salud más bajos" (Restrepo, 1996, p. 9).

bles perdidos están explicados por la mortalidad prematura y el 43 por ciento restante por la incapacidad debida a diferentes causas, con una diferenciación en la composición de estos factores entre el área urbana y el área rural: 55 y 45 por ciento para la primera, y 62 y 38 por ciento para la segunda (Ministerio de Salud, 1994, p. 27).

Los factores que permiten explicar la falta de acceso a los servicios de salud son los siguientes (Restrepo, 1996): *en primer lugar* la desigualdad, la cual puede ser abordada desde varias perspectivas y de manera muy importante por el fenómeno de la seguridad social como un bien club, cuyos beneficios son recibidos por un grupo reducido de la población. Los alcances limitados de la seguridad social se expresan en un anclaje sobre un porcentaje reducido de la población nacional, en su mayoría trabajadores urbanos vinculados a actividades formales. En 1993 unos 6 millones de personas, de los 35 que tenía el país, estaban cubiertas por la seguridad social (5 millones afiliadas al iss, y el resto, los funcionarios públicos, cubiertos por las cajas y fondos de previsión).

La existencia de la seguridad social, a la manera de un bien club, enseña una de las asignaciones que constituyen fuentes de desigualdad, ya que mientras sólo se cubría a un 20 por ciento de la población, los recursos públicos empleados para ello representaban el 55 por ciento del total, y el 45 por ciento restante estaba destinado a atender a un 60 por ciento de la población.

La desigualdad también puede verse en términos de una regresividad en la aplicación del gasto público, de manera que la población de más altos ingresos utiliza los servicios más complejos y costosos, mientras que los grupos de ingresos bajos utilizan prioritariamente los servicios de medicina general y maternidad. La directora del iss señalaba lo siguiente en 1992:

La utilización de los servicios del iss por parte de los sectores de altos ingresos [...] ha proporcionado viabilidad financiera a la medicina prepagada, porque muchos de los casos complejos que se captan en el sector más solvente terminan siendo remitidos al Instituto [...] muchos sectores altos del país hacían uso del tráfico de influencia para utilizar los servicios del instituto en las clínicas privadas de más alto nivel (López, 1993, p. 9).

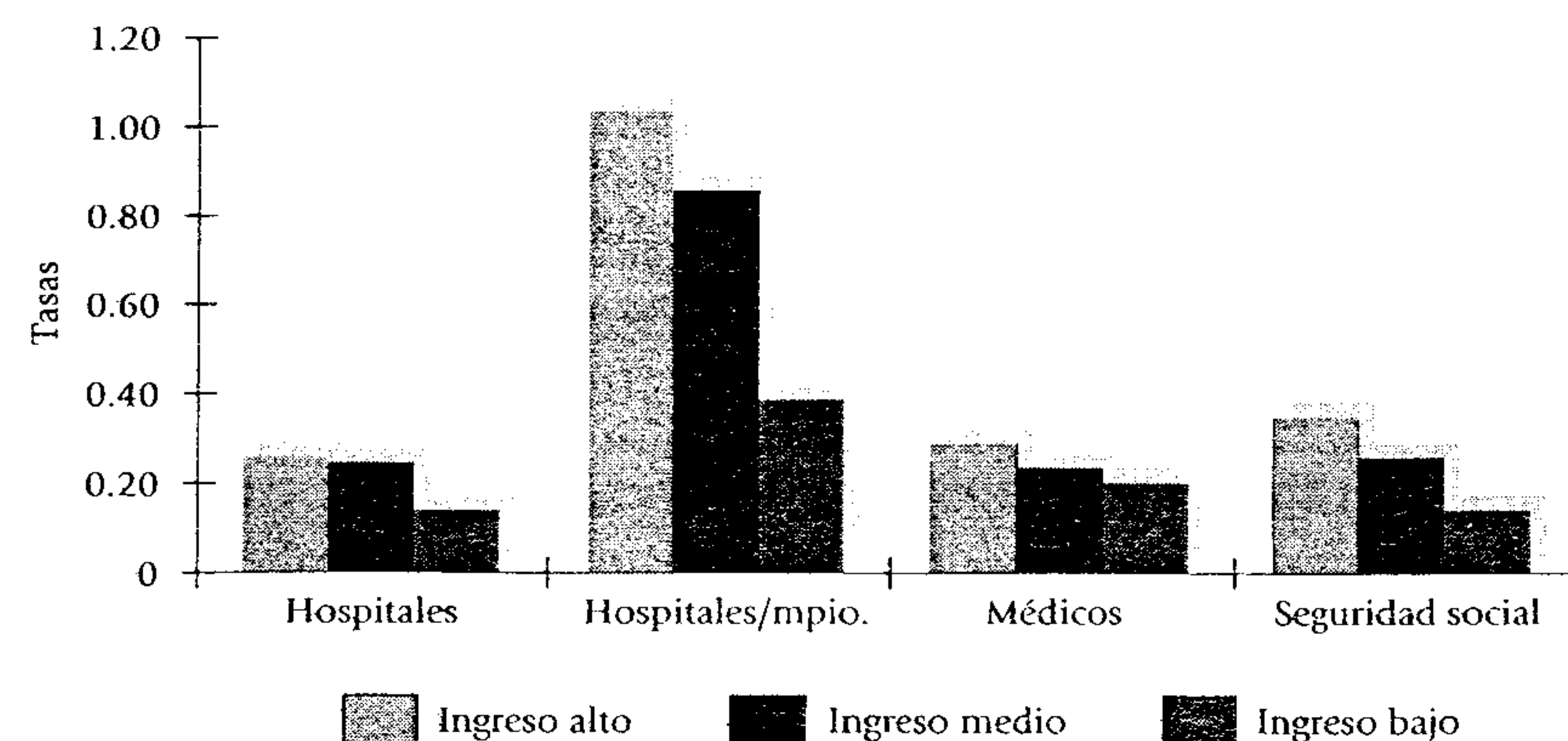
La Encuesta Nacional de Hogares realizada en 1992 también dio cuenta de diferencias importantes en la accesibilidad y la utilización de los servicios de salud por parte de la población. La probabilidad de

asistencia a los servicios por parte de las personas afiliadas al iss fue calculada en 0.89 para el primer quintil de población según distribución del ingreso, y de 0.92 para el último quintil; los no asegurados, por su parte, asisten con una probabilidad de 0.73 y 0.85, respectivamente (véase cuadro 1; Molina y Giedion, 1993).

Por último, algunas comparaciones interregionales enseñan que los recursos del sector salud se encuentran concentrados en las áreas urbanas y en los departamentos y municipios con mayor nivel de desarrollo socioeconómico. En 1990, por ejemplo, se reconocía que si bien la disponibilidad de profesionales y técnicos de la salud ha permitido el alcance de coberturas aceptables internacionalmente, "la ubicación del personal médico no corresponde a las necesidades regionales, generándose un déficit significativo en las áreas rurales y las pequeñas poblaciones" (DNP, 1991, p. 170). En términos generales, se observa una correspondencia entre la ordenación de los departamentos de acuerdo con el nivel de ingresos de sus habitantes y el gasto público en salud realizado en la respectiva jurisdicción, expresado en términos de los hospitales y médicos disponibles y en la cobertura de la seguridad social (véase gráfica 1).

En *segundo lugar*, la ineficiencia era otra de las expresiones concretas de la problemática del sector salud, lo cual impedía canalizar los recursos de acuerdo con su aporte al mejoramiento de la situación de salud y la calidad de vida en términos de costo-efectividad. Es así como

GRÁFICA 1
DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DE SALUD
(Resultados por grupos de departamentos)



Fuente: Harvard (1995); cálculos propios.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ENTRE LA POBLACIÓN
(Resultados Encuesta Nacional de Hogares 1992)

Grupo de población	Probabilidad asistencia		No asistencia y razones			
	Urbano	Rural	% enfermos	Costos	No servicios	Otras
1er. quintil:			32	56.8	13.7	29.5
ISS	0.89	0.89				
No afiliados	0.73	0.69				
5o. quintil			8.1	27.4	2.2	70.4
ISS	0.95	0.92				
No afiliados	0.85	0.76				
Total			19.2	50.5	9.7	39.8

Fuente: Molina y Giedion (1994).

se acusaba una asignación subóptima para los programas de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que la discriminación de los recursos destinados a la atención de las personas, en contra de la atención básica y sin seguir un patrón de contención de costos.

Y en tercer lugar, el desarrollo institucional del sistema nacional de salud era aún precario. Las entidades públicas prestadoras de servicios no se comportaban como empresas y se poseía una gran indefinición acerca de su carácter organizacional. En casos dramáticos, se observaba que en los hospitales coexistían tres tipos de recursos, respondiendo a ordenadores distintos: departamentales (buena parte de los cuales provenía a su vez del nivel nacional, con una gran dependencia sobre el Ministerio de Salud), municipales y del propio organismo. En esta problemática tenía enormes incidencias el sistema de transferencias a los hospitales, ya que el monto de éstos no guardaba relación con las necesidades locales ni con los costos de atención y la producción de servicios; estos hechos agravaban la desigualdad y daban cuenta también de una mala asignación de recursos.

● El escenario en el año 2000: el nuevo sistema, sus principios y metas

La política contenida en la Ley 100

La Ley 100 fue aprobada por el Congreso colombiano en diciembre de 1993 y tuvo repercusiones inmediatas sobre los montos de la con-

tribución a la seguridad social y la conformación del sistema que habría de asumir el cumplimiento de los propósitos establecidos en la misma. Sin embargo, buena parte de las nuevas actividades y transformaciones dependía de algún desarrollo normativo del gobierno, por lo cual la producción de decretos y otros actos administrativos fue muy abundante durante el primer semestre de 1994 y final del periodo presidencial de César Gaviria.

En términos generales, los acuerdos a los que se llegó en el Congreso ubican al nuevo sistema de seguridad social integral entre una combinación de los sistemas británico y canadiense (aseguramiento universal con financiamiento y provisión públicos en el primer caso, y financiamiento vía contribución y provisión mixta en el segundo), de los cuales se resaltaría para el caso colombiano la existencia de un fondo único nacional, la extensión del aseguramiento a toda la población y la definición de variables de regulación y formas de pago que buscan contener costos; y el sistema de mercado característico de Estados Unidos y en parte de Chile, de los cuales se toman la competencia en el aseguramiento y la provisión de servicios, aunque en Colombia se conforma una competencia administrada que busca evitar la generación de los problemas característicos de aquellos sistemas (Enthoven, 1993).

La política adoptada por el Congreso consistió en la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), el cual habría de dar solución al problema de política ya descrito y seguiría los principios constitucionales de universalidad, eficiencia y solidaridad, junto con otros principios consagrados en la ley entre los que interesa resaltar: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección y autonomía institucional.

Objetivos. Con la creación del sgsss el Congreso hizo explícitos en la ley dos objetivos esenciales que constituyen la dirección en la que deben apuntar las acciones de gobierno para solucionar la problemática de la salud en el país (Ley 100, art. 152):

i) *Crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención.* Este objetivo es la respuesta directa a la falta de acceso a la atención de la salud y refleja una elección muy importante de parte del Congreso, con la cual se intentan borrar las desigualdades y ofrecer todos los servicios a toda la población.³ Recordando el caso

³Un análisis más riguroso permitiría moderar esta afirmación y cuestionar el alcance de la igualdad en sentido real. Esto puede verse en la posibilidad de que algunos sectores permanezcan por fuera del sistema, en el desmejoramiento de otros (empleados públi-

chileno, en donde la reforma consistió en una cierta privatización del aseguramiento y una definición del papel del Estado como agente subsidiario, la colombiana resulta ser por esta razón una reforma bastante ambiciosa y muy exigente en términos financieros e institucionales. Del mismo modo, constituye una diferencia esencial frente al resto de los países al ofrecer un plan de beneficios igual para todos, lo que implica una integración de los subsistemas anteriores alrededor de la seguridad social y eliminando la asistencia pública.

ii) *Regular el servicio público esencial de salud.* El otro objetivo apuntado por el Congreso busca hacerle frente a los problemas de eficiencia y a las restricciones institucionales que resultaron en la estructuración del problema de política pública. Para esto, el Estado asume un papel regulador en el contexto de la problemática característica de los mercados de salud y es así como debe definir las variables de operación del sistema y administrar la competencia tanto en los seguros de salud como en la prestación de los servicios; en forma más importante, corresponde al Estado la dirección del nuevo sistema de manera que él debe garantizar el cumplimiento de los propósitos establecidos en la ley.

Estrategias. i) *Extender la seguridad social en salud a toda la población.* La opción elegida para dar cobertura universal en la prestación de servicios fue la de elevar la cobertura del seguro social de salud al 100 por ciento de la población. Para lograrlo, la ley define dos variables fundamentales sobre las cuales se sostendrá el SGSSS: en primer lugar, la unidad de pago por capitación, UPC, es el valor reconocido por el sistema a quienes administran los seguros de salud para cada afiliado y beneficiario y constituye un mecanismo importante de racionalidad del sistema y de redistribución de recursos. En efecto, el reconocimiento de un ingreso fijo a los aseguradores permite contener costos y estimular las labores de promoción y prevención; por otra parte, al canalizar todos los recursos en un fondo único (lo cual constituye una extensión del seguro social, al menos desde el punto de vista financiero) y reconocer aquel monto fijo, se logra compensar riesgos de acuerdo con las estructuras etáreas y los perfiles epidemiológicos, así como practicar la solidaridad entre regiones y grupos de población con diferente nivel de ingresos.

cos), en la exclusión que puede darse de algunos servicios complejos y en la diferenciación de calidad de los servicios.

En segundo lugar, el plan obligatorio de salud, POS, define el conjunto de servicios y de medicamentos esenciales a los cuales tendrá derecho la familia para procurar una atención integral a la maternidad y la enfermedad general. El valor de este plan, incluidos unos costos de administración, debe ser igual a la UPC más los copagos y las cuotas moderadoras cobradas a los usuarios en el momento de recibir el servicio (a nivel global, un 10 por ciento de la UPC, diferenciados por nivel de ingresos).

En su definición, el POS y la UPC constituyen pues preocupaciones esenciales para orientar el desarrollo del sistema, obtener su equilibrio y lograr el propósito de la cobertura universal. Además, estas variables son señales claves para la participación del sector privado en el aseguramiento y en la venta de servicios y también pueden generar procesos de negociación entre los actores que operan el sistema.

ii) *Mejorar la eficiencia en la asignación de recursos para salud.* La organización y el funcionamiento del SGSSS a través de los principios de autonomía institucional, libre elección y descentralización administrativa permitirán mantener incentivos entre los agentes para alcanzar una mejor asignación de los recursos y corregir las fallas que se presentaban, así como evitar otras sobre las cuales existe desarrollo teórico y algunas experiencias internacionales. Un aspecto central para mejorar la eficiencia se encuentra en la separación de un mercado de seguros y un mercado de servicios, los cuales estarían mediados por sistemas de pago que buscarían la contención de costos.

Estos mercados, regulados para evitar las fallas características en el caso de la salud, como selección adversa, riesgo moral, bien meritario, incertidumbre y problemas de información (Bloom y Restrepo, 1997), cuentan con una participación más activa de parte de los consumidores al permitirse que ellos elijan a la firma aseguradora y al proveedor de los servicios. Por otra parte, se buscaría que las personas comenzaran a demandar los servicios, es decir, que ingresaran al sistema para ser atendidos, en el primer nivel de atención.

Por último, la asignación de competencias y recursos entre las entidades territoriales servirá para fortalecer las actividades de fomento de la salud y prevención de la enfermedad y para asegurar la cobertura del POS a la población más pobre, la cual accederá al sistema a través de los subsidios a la demanda. La distribución de recursos entre las entidades territoriales estará guiada por criterios de necesidades y, en forma complementaria, por su desempeño.

iii) *Asegurar la participación social y la concertación entre los respectivos agentes que están involucrados en el funcionamiento del sgsss.* El alcance de los propósitos acá contenidos requiere de un gran compromiso por parte del gobierno, el sector empresarial y demás sectores de la sociedad. Por esta razón, se crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), como organismo de concertación entre los integrantes del sistema y a quien corresponde su dirección y en tal sentido definir aspectos básicos para el funcionamiento del mismo (UPC, POS, medicamentos).

Este organismo constituye una creación importante que a la postre podría convertirse en un ente autónomo sobre el cual recaerían elecciones en materia de salud que en otro caso estarían sometidas a la inestabilidad. A nivel territorial, también pueden organizarse organismos similares para asesorar a los directores de Salud en la formulación de políticas y la orientación de los sistemas territoriales de seguridad social en salud. Igualmente, a nivel local se propiciará la participación de usuarios y beneficiarios.

iv) *Organizar la prestación de servicios en forma descentralizada.* La Ley 100 consolida la descentralización del sector salud iniciada en 1990 y precisada en la Ley 60 de 1993 sobre distribución de recursos y competencias. En primer lugar, los departamentos y municipios serán responsables de la dirección de salud en su jurisdicción y manejarán los recursos del sector básicamente a través de los subsidios a la demanda.

En segundo lugar, siguiendo el principio de la autonomía institucional, será necesario transformar los hospitales públicos en empresas sociales del Estado (ESES), que son entidades públicas especiales sometidas al derecho privado en cuanto a contratación y otros aspectos que facilitan su labor en un ambiente competitivo. Corresponde pues a las entidades territoriales adelantar el proceso de transformación en los hospitales y asumir por su cuenta la dirección del sector, dejándose la posibilidad de contratar con la nueva ESE la prestación de servicios.

Conformación y principales características del nuevo sistema

El propósito esencial de la Ley 100 es permitir la vinculación de todos los habitantes al sgsss, de manera que reciban el POS. La meta que se encuentra señalada en la ley puede ser formulada en los siguientes términos: aumento gradual de la cobertura del seguro social de salud hasta alcanzar al 100 por ciento de la población en el año 2001.

El alcance de la cobertura universal será posible por medio de tres medidas fundamentales. En primer lugar, la extensión del régimen contributivo a la familia del afiliado a la seguridad social, lo cual se encuentra respaldado en parte por un aumento de la contribución del 7 al 12 por ciento del ingreso base de cotización, que se seguirá pagando en la misma proporción entre trabajador y patrón (0.33 el primero y 0.67 el segundo). Con esta medida sería posible extender la cobertura hasta un 45 por ciento de la población colombiana, la cual puede ser catalogada de *menos pobre*, y requiere ser complementada con medidas antievasión.

En segundo lugar, la ley establece la creación del régimen subsidiado para dar cobertura a la población más pobre y vulnerable del país, la cual corresponde a un 30 por ciento de la población nacional.

Y en tercer lugar, para alcanzar la cobertura universal se requiere de la afiliación a la seguridad social de los trabajadores independientes con capacidad de pago, los cuales tradicionalmente han asumido los gastos de salud por su cuenta y riesgo y en algunos casos son clientes de la medicina prepagada.

Para el régimen subsidiado la ley contempla una igualación progresiva con el anterior hasta el año 2000, iniciando con un valor equivalente al 50 por ciento de la UPC en 1994 (servicios de salud de primer nivel de atención) y estableciendo que durante el periodo de transición esta población recibirá los servicios de mayor complejidad en los hospitales públicos y en los privados que tengan contrato con el Estado.

Para las personas sin capacidad de pago, que no forman parte del sistema por no pertenecer a ninguno de los dos regímenes de afiliación (el contributivo y el subsidiado), la ley establece la categoría de vinculados, quienes continuarán recibiendo los servicios de parte de los organismos públicos.

En forma complementaria a las acciones del POS, la ley señala que el gobierno nacional debe formular un plan de atención básica, PAB, el cual comprendería las acciones e intervenciones generales dirigidas a la colectividad y otras que aunque son dirigidas a los individuos poseen efectos externos importantes (complementación nutricional, detección precoz y tratamiento de enfermedades infecciosas, educación y fomento de la salud, etcétera).

Por último, en desarrollo de la iniciativa privada y en forma adicional a los anteriores planes obligatorios, las compañías encargadas del aseguramiento podrán ofrecer planes complementarios a sus afiliados. Estos planes estarían caracterizados por ofrecer servicios no cubiertos en el POS, tales como hotelería de mejor calidad.

Esquema organizacional. La estructura del sgsss adoptado en la Ley 100 tiene seis componentes esenciales de acuerdo con el papel que desarrollan las instituciones y los actores que la conforman (véase cuadro 2). En primer lugar se encuentran los organismos nacionales de dirección, vigilancia y control: Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y Superintendencia Nacional de Salud.

En segundo lugar están los organismos públicos y privados de administración y financiación del sgsss, los cuales conformarían el mercado de seguros de salud con un fondo único nacional: empresas promotoras de salud, EPS, las cuales pueden ser públicas, privadas, solidarias o mixtas y tienen como función central afiliar a la población al sgsss y ofrecer el POS, para lo cual descuentan del fondo una UPC por cada afiliado y beneficiario; direcciones territoriales de salud, con funciones muy importantes en relación con el régimen subsidiado; y fondo de solidaridad y garantía, Fosyga, el cual tiene por objeto "garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sgsss".⁴

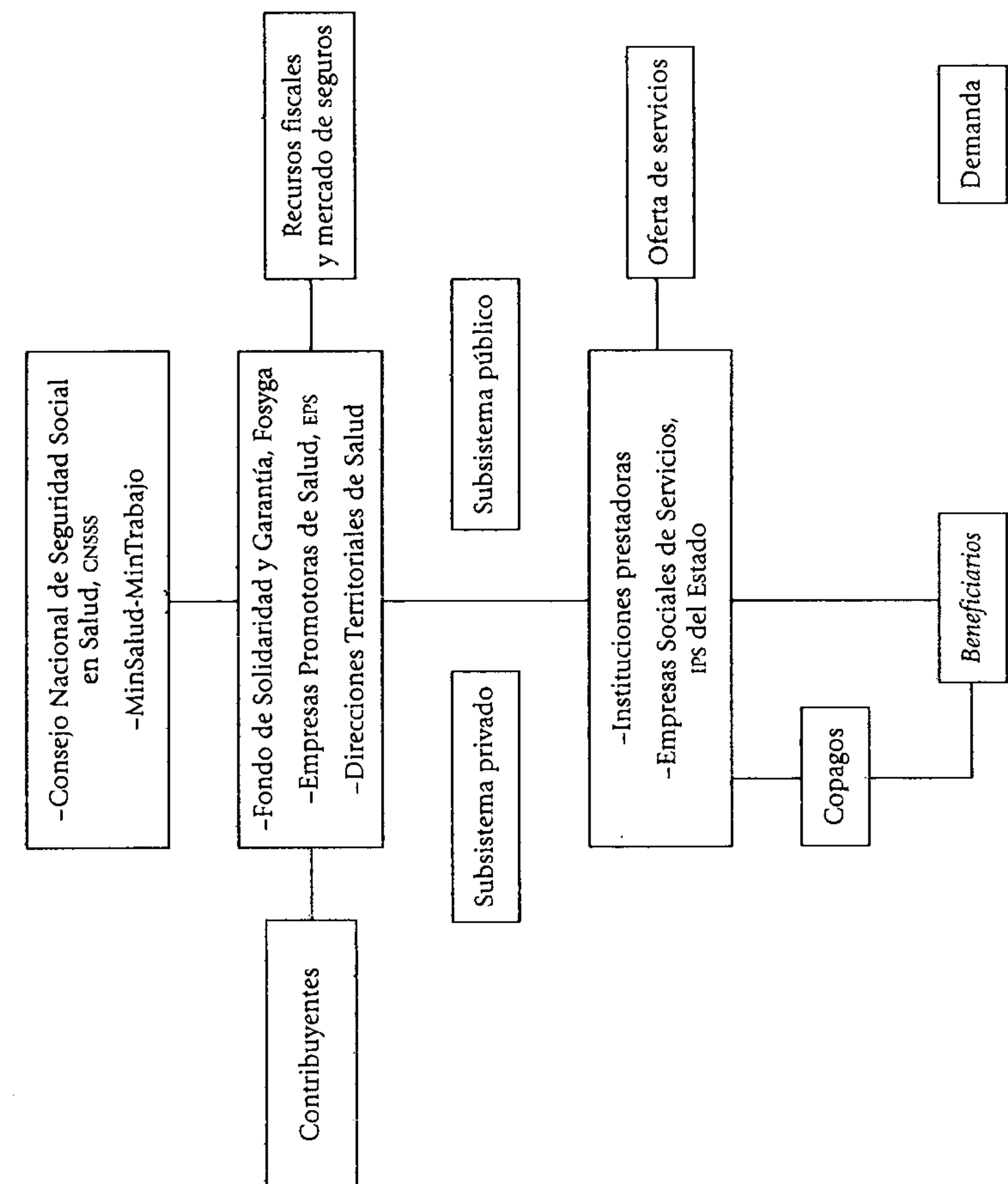
En tercer lugar se encuentran las instituciones prestadoras de servicios, IPSS, que en su conjunto formarían el mercado de servicios. Pueden ser entidades públicas, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias y su objeto es la prestación de servicios a los afiliados al sgsss, para lo cual tendrán los contratos respectivos con las EPSS.

En cuarto lugar, el sistema está conformado por los contribuyentes, que son todas las personas obligadas a hacer pagos de afiliación en el sgsss: empleadores, trabajadores y sus organizaciones, trabajadores independientes y pensionados.

⁴En términos prácticos, cuando una persona se afilia al sgsss lo hace a través de una EPS, la cual recauda la contribución correspondiente al 12 por ciento del ingreso base de cotización y responde por los servicios del POS para esta persona y su familia. El sistema reconoce a la EPS una capitación por cada persona cubierta por el POS, diferenciada por edad, sexo y regiones y si los recaudos de aquella son superiores al monto que resulta de aplicar la capitación, los excedentes deben ser girados al Fosyga; si son menores, la EPS recibe la compensación correspondiente. Cuando la persona necesita un servicio, acude a la IPS seleccionada dentro de las opciones ofrecidas por la EPS y allí le prestarán el servicio aplicando la tarifa correspondiente que será cobrada a la EPS y solicitando un copago (entre 10 y 30 por ciento de acuerdo con la capacidad económica y con un límite superior acumulado en el año).

En el caso del régimen subsidiado, la ley plantea reunir los recursos de solidaridad del fondo y recursos fiscales de las entidades territoriales para que éstas afilien a la población más pobre por el valor de la UPC correspondiente. En este régimen han tenido un desarrollo importante las empresas solidarias, ESS.

CUADRO 2
ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SGSSS



En quinto lugar están los beneficiarios o las personas que tienen derecho a recibir los beneficios del sgsss, en general los afiliados y sus familias

Por último, la ley mantiene los comités de participación comunitaria, Copacos, que fueron organismos creados por la Ley 10 de 1990 con el propósito de que las comunidades formaran parte de la toma de decisiones gerenciales en los hospitales públicos.

Financiación. Los recursos asignados por la ley para sostener el sgsss son de origen fiscal, parafiscal y privado (véase cuadro 3). En su conjunto representan un aumento sustancial de recursos disponibles para el sector, que se reflejará en una mayor participación del gasto en salud dentro del producto interno bruto en los próximos años; además, ocasionarán un cambio en la composición de los recursos, con una mayor participación de lo público, una reducción del gasto directo de los hogares y un financiamiento de los hospitales más relacionado con la demanda por sus servicios.

La financiación del régimen contributivo está basada en la cotización del 12 por ciento del ingreso de los afiliados, de cuyo aporte se toma un punto porcentual como solidaridad para el régimen subsidiado (solidaridad parafiscal). Este último, además, recibe recursos fiscales provenientes de los gobiernos nacional, departamental y municipal, dentro de los cuales sobresale el aporte nacional, que en principio debe ser igual por lo menos al punto de solidaridad del régimen contributivo,⁵ los recursos propios de departamentos y municipios, los cuales deben transformarse de subsidios a la oferta en subsidios a la demanda y el 60 por ciento como mínimo de los recursos disponibles en los municipios para realizar la inversión social en salud (Ley 60 de 1993).

Con lo anterior se tendría asegurada la financiación del pos. En cuanto al plan de atención básica, también se combinan recursos fiscales del gobierno nacional y de las entidades territoriales y los recaudados en la subcuenta de promoción del Fosyga, los cuales pueden combinarse en la realización de planes conjuntos y apuntarían muy especialmente a financiar los programas de promoción y prevención.

Los recursos privados estarían destinados al pago de cuotas moderadoras y copagos, establecidos teniendo en cuenta la capacidad económica de los usuarios y el carácter de los servicios en cuanto a su costo-efectividad.

⁵En una primera modificación a la Ley 100 y en el marco del ajuste fiscal, la Ley 344 redujo esta participación del gobierno a medio punto en 1997 y un cuarto a partir de 1998.

CUADRO 3
ESQUEMA FINANCIERO DEL SGSSS

FOSYGA:	
1. Subcuenta de compensación (régimen contributivo)	Ingresos por cotizaciones en EPSS-UPC x núm. afiliados
2. Subcuenta de solidaridad (régimen subsidiado)	Un punto cotización del régimen contributivo Monto destinado por Cajas de Compensación Familiar Aportes presupuesto nacional Rendimientos financieros Impuestos remesas de utilidades empresas petroleras Recursos IVA para seguridad social de madres comunitarias
3. Subcuenta de promoción	Por ciento cotización régimen contributivo no superior al 1 por ciento
4. Subcuenta enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito	Recursos fondo nacional de accidentes de tránsito Contribución 50 por ciento seguro obligatorio accidentes de tránsito Aportes presupuestales para víctimas del terrorismo
RECURSOS FISCALES:	
1. Aportes presupuestales (nación, departamentos, municipios)	
2. Situado fiscal	
3. Transferencias municipales para inversión social	
4. Rentas departamentales (licores, cerveza, loterías)	
5. Ecosalud	
RECURSOS PRIVADOS	

Por último, la ley establece un mecanismo de financiación para las enfermedades denominadas catastróficas (derivadas de terrorismo, terremotos y otras eventualidades) y para los accidentes de tránsito, creando para tal efecto una subcuenta especial dentro del fondo de solidaridad y garantía (véase cuadro 3).

La transición en 1994-2001

Antes de alcanzar la cobertura universal y las demás disposiciones características del nuevo sistema es necesario superar el periodo de transición dispuesto en la Ley 100 así como disponer una serie de condiciones iniciales para su desarrollo. Durante este periodo es necesario producir los ajustes institucionales y financieros para hacer que el sistema opere como está previsto y presente los resultados esperados en términos de cobertura, eficiencia y equidad.

De una manera más restringida, el periodo de transición se refiere fundamentalmente a la transformación del anterior subsistema público y su incorporación al nuevo sistema de aseguramiento. Los demás aspectos necesarios para la implementación del sistema, entre los cuales se destacan el fortalecimiento de la función de regulación asignada al Estado y los cambios en la mezcla público-privada en los mercados de seguros y de servicios, comenzaron a operar desde 1995 a partir de la reglamentación oficial. En todo caso, la transición se corresponde con la serie de ajustes que son necesarios para alcanzar la afiliación de toda la población al nuevo sistema y dentro de ellos se consagra la responsabilidad que tienen las entidades públicas de pagar la cotización y modificar o eliminar sus sistemas de previsión.

El régimen subsidiado constituye el aspecto más crítico de la reforma, ya que de su organización y funcionamiento depende el alcance de la cobertura real sobre la población más pobre, un 40 por ciento del total nacional. Pero además, el régimen en sí mismo provoca una transformación esencial de carácter institucional al eliminar prácticamente el anterior sistema público de salud, de naturaleza asistencial y organizado en torno a los subsidios directos a la oferta y sin ningún criterio de eficiencia que orientara su gasto, y transformar los recursos públicos en subsidios a la demanda, los cuales serían otorgados por las entidades territoriales a la población, mientras los hospitales habrían de financiar su funcionamiento con la venta de servicios.

Para que este régimen opere y conduzca a los resultados esperados se identifican cuatro medidas fundamentales: primero, es necesario establecer un mecanismo de identificación y selección de beneficiarios de acuerdo con los criterios de focalización del gasto público que ya habían sido anunciados en el plan de desarrollo La Revolución Pacífica y en los que también insistió la Ley 60 de 1993. El diseño de este mecanismo resulta complejo por la diversidad de organismos e instituciones que intervendrían en la selección de beneficiarios (comunidades, departamentos y entidades nacionales), así como por las implicaciones políticas del proceso mismo (Sojo, 1990).

Segundo, a partir de la promulgación de la ley también se requiere asegurar la disponibilidad de los recursos que habrán de financiar este régimen, compromiso que de nuevo resulta compartido por los tres niveles de gobierno. Dentro de estos recursos, sobresalen por ser nuevos el punto de solidaridad del régimen contributivo y las transferencias municipales para inversión social.⁶

⁶La Constitución de 1991 estableció en Colombia un nuevo sistema de transferencias intergubernamentales que llevará a una situación en la cual el 46.5 por ciento de

Por último, además de los recursos para financiar el régimen es necesario disponer la transformación de los existentes. Este esfuerzo recaerá primordialmente sobre los departamentos, los que han financiado el subsistema público en forma directa o a través de las transferencias a hospitales. Ahora se precisa de un plan de transformación de las transferencias que invierta este comportamiento y lleve a un financiamiento proveniente de la venta de servicios por parte de los hospitales.

Tercero, además de la selección de beneficiarios y la financiación del régimen se debe establecer el contenido y el valor del plan obligatorio de salud subsidiado, POS-S, y los mecanismos de contratación del mismo. La ley estableció que

...las direcciones locales, distritales o departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las EPSS que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fosyga y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto (Ley 100, art. 215).

Cuarto, mientras se logre la afiliación de toda la población potencial al régimen subsidiado es necesario disponer las medidas que permitan atender a la denominada población vinculada. Esto implica, como lo establece la propia ley, que estas personas "tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado" (art. 157). Como garantía de este derecho y también para el financiamiento de los hospitales, la ley ordena que se realice la celebración de contratos de compra-venta con éstos, así como mantener las asignaciones presupuestales para los mismos en pesos constantes durante los tres años siguientes a la vigencia de la ley.

Reestructuración de la oferta pública. El nuevo SGSSS trae desafíos muy importantes sobre las instituciones del sector salud al definir una nueva estructura caracterizada por la competencia administrada y la libre

los recursos nacionales (ingresos corrientes) serán ejecutados por los departamentos y los municipios. En el caso de estos últimos, su participación pasa del 14 por ciento en 1994 al 22 por ciento en el 2002, con el aumento anual de un punto porcentual, y los recursos correspondientes deberán ser destinados a inversión social con una destinación mínima del 25 por ciento a salud. Los departamentos, por su parte, reciben actualmente el 24.5 por ciento de los ICN para gastos de funcionamiento en los sectores de salud y educación.

elección de parte de los contribuyentes, los beneficiarios y los usuarios. Se tratará pues de acomodar el sector público al nuevo sistema, lo cual habrá de concretarse en la afiliación de los funcionarios, en el redimensionamiento de las antiguas cajas de previsión, las cuales podrían convertirse en EPSS y/o IPSS, en la reestructuración del ISS, en la asunción de competencias por parte de las entidades territoriales y en la transformación de los hospitales públicos.

En relación con el aseguramiento, corresponderá al gobierno disponer dos tipos de ajustes básicos. De un lado, el ISS deberá someterse al nuevo sistema ofreciendo la cobertura familiar y redefiniendo completamente su estructura organizacional. En efecto, al romperse el monopolio el ISS habrá de incorporarse al sistema separando sus funciones como una EPS y como una o varias IPSS.

Por otro lado, para las entidades públicas que han prestado a sus empleados los servicios de salud directamente, por medio de las cajas de previsión o a través de la contratación con otras entidades, deberá expedirse alguna reglamentación que disponga los criterios de incorporación de aquéllas al sistema y el pago de la contribución a la seguridad social correspondiente a los empleados públicos y que antes no se efectuaba.

En relación con la prestación de servicios, las condiciones que deben crearse en el sector público están concentradas en la transformación de los hospitales que conformaban el subsistema público de salud. Es importante recordar que casi todos los cambios que deben realizarse en los hospitales habían sido ordenados por la Ley 10 de 1990 pero nunca se pusieron en marcha. En efecto, en momentos en que se discutía en el Congreso el articulado de la Ley 100 se advertía que “luego de tres años y medio de expedida la Ley 10 de 1990, ésta no había tenido el suficiente, necesario y obligatorio desarrollo, por lo que no se puede argumentar la ineficiencia de la organización allí determinada cuando no se habían llevado a cabo los desarrollos ordenados” (Ramírez, 1993).

La transformación de los hospitales está centrada en el otorgamiento de autonomía administrativa y financiera y la independencia patrimonial. Sin embargo, para llevar a cabo esta situación es necesario dar cumplimiento a una serie de requisitos entre los que se destacan: la conformación de una junta directiva, la implantación del régimen de carrera administrativa, la afiliación de todos los empleados a la seguridad social, la adopción de sistemas de información para la facturación, el presupuesto y los inventarios, la homologación o nivelación de salarios y el pago del pasivo prestacional.

Este proceso requiere, pues, de una amplia reglamentación con el propósito de convertir a los hospitales públicos en IPSS, denominados entonces por la ley como empresas sociales del Estado, ESES, y colocados así en igualdad de condiciones frente a las instituciones privadas. Pero también demanda el concurso de las entidades territoriales, principalmente los municipios, quienes serán los encargados de crear las ESES.

Otro aspecto relacionado con la reestructuración de la oferta pública se refiere a la redefinición de competencias dentro de las instituciones del sector. A nivel nacional es necesario adelantar reformas en el Ministerio de Salud, el INS y la SuperSalud, enfatizando en la función rectora del primero y en la de vigilancia y control de parte de la última. A nivel territorial y en forma coincidente con la Ley 60 de 1993⁷ es necesario disponer la asunción de competencias por parte de departamentos y municipios alrededor de la oferta del plan de atención básica y de la administración del régimen subsidiado. En este caso también se requiere un amplio proceso de certificación de requisitos para manejar autónomamente los recursos del sector salud.

● Una visión crítica sobre la política contenida en la Ley 100

Críticas sobre el proceso de la política

La política adoptada en materia de salud, a través de la Ley 100, tuvo varios antecedentes importantes que dan cuenta de su complejidad, a la vez que permiten vislumbrar sus dificultades actuales por la falta de consenso de los actores involucrados en su formación y desarrollo. Por una parte, la Ley 10 de 1990 intentó consolidar la estrategia de la atención primaria mediante el fortalecimiento de la oferta pública de servicios y la descentralización de las responsabilidades y los recursos destinados a poner en funcionamiento la política de salud; en síntesis, esta ley buscó la modernización del sector salud.

⁷ La Ley 60 de 1993 está relacionada con la distribución de recursos y competencias entre las entidades territoriales, constituye el desarrollo del nuevo federalismo fiscal consagrado en la Constitución de 1991. Para algunos existen contradicciones entre esta ley, que mantiene una perspectiva de la oferta y asigna las competencias territoriales por niveles de atención, y la Ley 100 en la cual se tiene una orientación del lado de la demanda y no importa la delimitación funcional por niveles de atención.

Por otra parte, el gobierno del presidente César Gaviria (1990-1994) se propuso desarrollar la normatividad establecida en la Ley 10 y en forma complementaria adoptar un esquema de medicina prepagada para dar cobertura a los más pobres a través de subsidios a la demanda y la focalización del gasto público, así como impulsar una expansión de la cobertura del seguro de salud a la familia del afiliado y realizar una amplia modernización institucional. Los planteamientos consignados en el plan de desarrollo La Revolución Pacífica constituían la agenda gubernamental sobre salud (DNP, 1991), con una mirada centrada en las instituciones y una estrategia similar a la adoptada en Chile hacía un poco más de una década, la cual según algunos indicadores ha traído resultados positivos.

Las propuestas en materia de salud, de origen gubernamental, formaban parte del conjunto de medidas de la administración Gaviria que buscaban la adopción de un nuevo modelo de desarrollo para el país, basado en la apertura de la economía y en la liberalización de los mercados internos. En contraste con ello, el proceso desatado por la Asamblea Nacional Constituyente le dejó a los colombianos una nueva Constitución en la cual se ampliaron considerablemente los derechos de los ciudadanos y el papel del Estado para garantizarlos y darles cumplimiento.

La tensión que surgió de los propósitos encontrados entre el gobierno y la ciudadanía, representada ésta por los actores políticos y líderes gremiales, tuvo su máxima expresión en el segundo semestre de 1992, cuando dentro del mismo gobierno se produjo una crisis en principio resuelta en favor del Presidente, pero que se extendió hasta que éste aceptó incorporar el tema de la salud en su propuesta de reforma a la seguridad social, hoy convertida en la Ley 100 de 1993, la más trascendental de los últimos tiempos (Restrepo, 1997).

En la Asamblea Nacional Constituyente tuvo lugar el debate sobre la concepción de un nuevo sistema de salud. Se destacaron en esta discusión la postura de los denominados "bismarckianos" por un lado, y la de los neoliberales por el otro. Como resultado de la negociación imperante en la ANC, al final se obtuvo un modelo ecléctico que bien podría servir a un gobierno de una u otra orientación, aunque la diferenciación seguía siendo en la forma y el funcionamiento del sistema para garantizar la cobertura universal (Jaramillo, 1995).

El resultado final de la discusión entre quienes defendían estas posiciones extremas está representado en la definición de los tres principios esenciales asignados en la Constitución a la seguridad social:

universalidad, solidaridad y eficiencia. En efecto, la universalidad constituye un principio del paradigma bismarckiano, mientras la eficiencia hace parte del neoliberal; la solidaridad, por su parte, es una distinción fundamental entre los seguros privados y los sociales (véase cuadro 4).

En la discusión que siguió a la nueva Constitución para adoptar las reformas que ésta ordenaba, resurgió de algún modo el debate entre bismarckianos y neoliberales. En efecto, se distinguieron tres propuestas con algunas diferencias importantes que respondían a la definición ecléctica de la seguridad social en salud adoptada por la ANC: ISS, DNP y Minsalud. Dentro de los puntos centrales de la discusión se encuentran, por un lado, aquellos sobre los cuales existía acuerdo: la competencia entre prestadores, el seguro obligatorio y el acceso universal; y, por otro, existían puntos de desacuerdo que provocarían la mayor tensión y demora en la aprobación de la reforma: la organización del aseguramiento (unicidad, fragmentación, solidaridad); la integralidad de los riesgos asegurados (todas las contingencias o cobertura limitada); las formas o modalidades de contratación y prestación de los servicios (rembolsos o capitación, unidad o separación patrimonial entre aseguradores y proveedores), y la capacidad presupuestal pública para financiar con cobertura integral de riesgos a quienes requieren de un subsidio (Ramírez, 1993).

Considerando las distintas fuerzas que como miembros de la sociedad participaron de algún modo en la discusión de la reforma (véase cuadro 6), se destacan de un lado quienes defendieron o aprobaron el cambio impulsado por el gobierno (los gremios empresariales, algunos sectores de los partidos tradicionales, las empresas privadas prestadoras de servicios de salud, las cajas de compensación familiar y organismos internacionales), y de otro lado quienes se opusieron a él (trabajadores, partidos políticos de izquierda y movimientos sociales con representación política y organizaciones de trabajadores del sector salud) y finalmente quienes estuvieron indiferentes o no tuvieron cohesión suficiente frente al proyecto (la comunidad, las profesiones médicas y la opinión académica).

El consenso obtenido se resume en la creación del seguro único manejado en forma descentralizada, con un plan de atención integral y el cobro de copagos; además, se acordó un mecanismo de solidaridad fiscal y parafiscal que se concretaría en el régimen subsidiado. Pero durante la fase de implementación podrían resurgir las discrepancias provenientes principalmente de los sectores políticos y de quienes

CUADRO 4
SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL
(Una comparación)

	Bismarckiano	Neoliberal	Colombiano
1. <i>Operación institucional:</i> Entidades aseguradoras Proveedores	Monopolio Adscripción sin competencia	Múltiples independientes Múltiples en competencia	Múltiples articuladas Múltiples con selección limitada
2. <i>Financiación y beneficios:</i> Sistema de financiación	Contributivo solidarios	Primas según capacidad económica con subsidio cruzado	Contributivo; solidario con subsidio cruzado subsidio fiscal
Sistema de beneficios	Plan único de salud integral	Múltiples planes con restricciones	Plan único integral y planes complementa- rios

Fuente: Jaramillo, 1995, pp. 48, 51.

participan en el funcionamiento del sistema, los cuales podrían argumentar, por ejemplo, la necesidad de limitar los planes o de centralizar el manejo del régimen subsidiado.

Por otra parte, el consenso también puede romperse como resultado del juego de incentivos entre los diferentes agentes. Éste sería el caso, por ejemplo, de las negociaciones entre EPSS e IPSS respecto a las formas de pago, asunto sobre el cual no se tomó decisión alguna en la aprobación de la ley. Igualmente, podría presentarse un desmejoramiento en los servicios ofrecidos a los empleados públicos y otros sectores de la población que tenían ciertos privilegios en el anterior sistema.

Un elemento muy importante que permite prever problemas relacionados con la intervención de demasiados actores se refiere al hecho de que en general quienes iniciaron la fase de implementación de la política no son los mismos que participaron en su adopción, y además en el transcurso de aquélla se vienen presentando traslados y movimientos de los principales actores. El primer hecho que da cuenta de los actores cambiantes tiene que ver con el nuevo gobierno del presidente Ernesto Samper, el cual se instaló en agosto de 1994, y si bien apoya la reforma, él y su equipo económico poseen discrepancias doctrinarias con el equipo de Gaviria (un debate entre neoestructuralistas y neoliberales, respectivamente); fue así como no se produjo un empalme adecuado entre ambos gobiernos para el desarrollo de la reforma y se tuvieron normas y directrices contradictorias entre uno y otro (véase cuadro 5).

En segundo lugar, el Congreso también cambió y como hecho sobresaliente se destaca la pérdida de participación de partidos y movimientos de izquierda que tuvieron un papel protagónico en la discusión de la reforma. Por último, el 1 de enero de 1995 asumirían los nuevos alcaldes y gobernadores del país, los cuales no estarían muy comprometidos con la reforma y seguramente sus programas de gobierno no habrían de darle prioridad a este tema. En un análisis realizado sobre el papel de los departamentos y los municipios en la discusión de la reforma se encontró que

...los gobiernos regionales y locales están seriamente comprometidos en la reforma, porque los afecta en materia organizativa, técnica, financiera, social y política. Sin embargo la participación de este sector, por invitación o por presión, ha sido prácticamente nula [...] Las enormes restricciones de los fiscos departamentales y mu-

CUADRO 5
VALOR DE LA UPC Y ESTRUCTURA DE CAPITACIÓN

Grupo de edad	Gobierno Gaviria		Gobierno Samper		(\$ miles)
	Estructura costo	Valor 1995 (\$ miles)	Estructura costo	Valor 1995	
0-1	2.15	304.4	1.80	217.8	260.3
1-4	1.48	209.6	1.30	157.3	188.0
4-14	0.74	104.8	0.65	78.7	94.0
15-44	0.87	123.2	0.74	89.5	107.0
45-59	1.26	178.4	1.20	145.2	173.5
Más de 60	1.45	205.3	1.90	229.9	274.7
Total UPC	1	141.6	1	121.0	144.6
Copagos		8.4		8.0	
Promoción		13.6		5.9	
Valor POS		150.0		134.9	

nicipales y su dependencia frente al presupuesto nacional para la ejecución de los programas de salud restringen fuertemente el poder de negociación de los gobiernos locales y, en consecuencia, no reúnen las condiciones para participar en una reforma al sector que tiene un importante contenido en materia económica. Probablemente la responsabilidad de esta situación no sea del contenido de la norma, sino de la rigidez de las estructuras del sector y de la falta de una voluntad política clara y apoyada (Ramírez, 1993, pp. 34, 35).

Críticas sobre la política

Una traducción de la política pública de salud contenida en la Ley 100 puede realizarse en términos de una hipótesis de relación causal (Pressman y Wildavsky, 1973), mediante la siguiente formulación:

"Si se adopta el sgsss en 1994, entonces, en el 2000 habrá cobertura universal."

En esta hipótesis se relacionan el sistema general de seguridad social en salud, sgsss, como las condiciones iniciales, y la cobertura universal como la meta principal o declaración de propósitos de la política, es decir, las consecuencias previstas. La implementación se encuentra en medio de ambos elementos, involucra actores gubernamentales y no gubernamentales y se materializa en la serie de acciones

CUADRO 6
ACTORES EN EL DEBATE E IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 100

Actor	Posición	Ventajas del sgsss
Gremios empresariales	Favorable	(+) mayor costo; (-) mayor campo de acción
Partidos tradicionales	Favorable	(-) Control burocrático
Partidos de izquierda y movimientos sociales	Oposición	(+) espacio de participación; (-) mayor control
Empresas de servicios	Favorable	(+) aumento recursos; (-) destino específico
Cajas de compensación	Favorable	(+) Cobertura familiar; (-) mayor costo
Trabajadores	Oposición	(+) Monopolio poder gremial
Org. trabajadores sector	Oposición	(+) Cobertura, libertad de elección
Comunidad	Indefinida	(+) actividad libre; (-) mayor competencia
Profesiones médicas	Favorable	(+) libertad de acción; (-) poder
Instituto del Seguro Social	Apoyo	(+) Poder técnico; (-) manejo directo de inst.
Ministerio de Salud	Orientador	

(+): gana.
(-): pierde.

Fuente: Ramírez, 1993.

realizadas durante el periodo 1994-2000 en el marco de la relación causal entre la creación del sistema y el logro de la cobertura universal.

Las consecuencias previstas en la ley corresponden al estado ideal que se enfrenta al problema definido en la fase anterior:

A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el plan obligatorio de salud (Ley 100, art. 157).

En esta afirmación se encuentra la intención del Congreso como la autoridad que adoptó la política a partir de la problemática discutida. En un sentido amplio, en el Estado ideal previsto para el año 2000 se contaría entre otras cosas con un sistema en equilibrio financiero, con el funcionamiento de instituciones y empresas eficientes, con la afiliación de toda la población a través de los regímenes contributivo y subsidiado, con el desarrollo pleno de la solidaridad fiscal y parafiscal, con la armonía en las relaciones entre el mercado de seguros y el mercado de servicios, y con la asunción de competencias por parte de las entidades territoriales y el funcionamiento en ellas de los consejos de seguridad social en salud.

El SCSSS, por su parte, se define como el *conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la comunidad y las personas para proporcionar cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud*. La creación del Sistema constituye en forma global las condiciones iniciales y en su definición se presentan tres elementos esenciales referentes, respectivamente, a las acciones que debe desarrollar el gobierno en términos normativos, institucionales y administrativos. Pero el desarrollo de las condiciones iniciales también involucra un cuarto elemento muy importante implícito en la definición del sistema: los recursos humanos y financieros.

Ahora bien, es importante realizar una reflexión crítica sobre la pertinencia de la hipótesis, para lo cual se exponen algunos supuestos que restringen demasiado la realidad existente en el momento de promulgar la ley y se resuelven algunos interrogantes relacionados con ciertos fenómenos como el riesgo moral y la selección adversa que pueden presentarse durante la implementación.

¿El seguro social de salud era la mejor estrategia? En la política contenida en la Ley 100 se supone que a través del seguro universal de salud,

pagado mediante cotización privada o el subsidio público, se eliminarán los problemas de acceso característicos del anterior sistema. En teoría, cada colombiano tendrá derecho a un plan de beneficios que corresponden a la cobertura de los riesgos de enfermedad general y maternidad, de modo que con la presentación del carnet correspondiente recibe la prestación por parte de los organismos autorizados por el administrador del plan.

La extensión del seguro social a toda la población, como se dijo anteriormente, distingue a Colombia de las reformas emprendidas en América Latina y demanda cuantiosos recursos al pretender igualar los planes de beneficios en un sistema de aseguramiento único. Esta estrategia merece algunos cuestionamientos centrales cuyo examen permite advertir la imposibilidad de solucionar el problema de política pública considerado.

En primer lugar, desde el punto de vista de la universalidad es importante diferenciar el seguro de salud de los servicios de salud. Siendo el propósito facilitar y garantizar el acceso de toda la población a estos últimos, reconociendo una capitación (UPC) a los administradores del primero (EPS y ARS), la mera adopción del seguro no resuelve el problema por cuanto, especialmente en el caso de los pobres, las barreras al acceso persisten a pesar de ofrecer los servicios a precio cero; el desplazamiento (en términos de tiempo y dinero por la suspensión de la jornada de trabajo y el pago de transporte), los tiempos de espera y algunos factores de tipo cultural constituyen barreras fundamentales que determinan la demanda por servicios de salud (Bloom *et al.*, 1995) y llaman la atención por el desarrollo de políticas de oferta que estimulen actividades de promoción y prevención.

En segundo lugar, la manera como se plantea la organización del seguro, con la existencia de intermediarios entre el Fosyga y los afiliados y la adscripción de las entidades de asistencia pública al mercado de prestación de servicios, lo cual implica un cambio drástico desde el punto de vista financiero al transformar la asignación de los recursos públicos desde la transferencia directa a los hospitales hacia la afiliación de población pobre al sistema, plantea algunas dudas relacionadas con la eficiencia que constituye un principio básico de la política. En efecto, puede anotarse que, a pesar de la preocupación sobre la persistencia de enfermedades y muertes que se pueden prevenir fácilmente, los resultados sobre la situación de la salud del país, en un contexto internacional, le daban un reconocimiento al subsistema público de salud y de alguna manera permitían mantener unos gastos no tan elevados como en otros sistemas, entre ellos el adoptado en la Ley 100,

uno de cuyos efectos económicos será el aumento del gasto en salud como proporción del PIB.⁸

Es posible preguntarse entonces por la pertinencia de modificar el sistema tan profundamente cuando, como lo sugiere un trabajo reciente sobre la relación entre la contención de costos y la satisfacción del consumidor, es importante favorecer el financiamiento, la gestión y la provisión públicas,

...que empíricamente han mostrado una mayor capacidad para contener los aumentos de costos y la expansión del gasto, como lo demuestran las experiencias de países como Inglaterra, Canadá, España, entre otros, que también exhiben sobresalientes indicadores de salud (Katz y Miranda, 1995, p. 31).

Como se sugiere a nivel teórico, la extensión del aseguramiento puede provocar aumentos incontrolables de la demanda. La diferencia en la probabilidad de asistencia a los servicios médicos del ISS en Colombia es casi 20 puntos superior a la de los servicios del sistema nacional de salud, pero, además, su frecuencia también es mayor así como el acceso a los servicios más complejos.⁹ Esta situación cuestiona entonces la viabilidad financiera de la reforma y llama la atención por concentrar los esfuerzos en las intervenciones más costo-efectivas.

Además de lo anterior, la generalización de la competencia a través de la participación del sector privado y la reducción de las escalas de producción en el área de seguros puede ahondar la ineficiencia que se intentaba corregir al propiciar un aumento de los gastos administrativos del sistema, tanto para el sector privado como en relación con las exigencias de regulación, vigilancia y control por parte del Estado.

¿Afilación obligatoria? El cumplimiento de la cobertura universal está sustentado en buena parte en la afiliación de todas las personas

⁸ Este indicador está relacionado con la eficiencia macroeconómica, es decir, el monto de recursos que destina la sociedad al cuidado y la promoción de la salud. La eficiencia microeconómica, por su parte, se refiere al comportamiento de los agentes de un sistema de salud, concretándose en la demanda, la producción y los costos, entre otros.

⁹ Los fenómenos producidos por la aparición de los seguros se catalogan en tres: *riesgo moral*, en el que resultan involucrados el paciente, el médico y el hospital, la *selección adversa* de los asegurados que puede conducir al rompimiento del sistema (dilema de *Slumlord*) o de las firmas aseguradoras, en cuyo caso se dejan por fuera los individuos más necesitados, y los *problemas de competencia* entre las firmas aseguradoras (Friedman, 1984; Donaldson y Gerard, 1992).

con capacidad de pago para contribuir al sistema y efectuar de este modo la solidaridad parafiscal, al igual que se capte a los sectores de la economía informal y a los trabajadores no afiliados por sus patronos.

El supuesto de la afiliación obligatoria, a pesar de estar consagrada en la ley, parece irreal. En efecto, además de la experiencia internacional y de los desarrollos teóricos sobre la demanda por seguros de salud,¹⁰ lo ocurrido en Colombia durante varias décadas muestra que la seguridad social ha funcionado como un club para la población urbana ocupada. Este hecho fue reconocido por la propia ley al establecer un régimen de transición para el sector agropecuario que podría perpetuar el fenómeno de la falta de cobertura:

La obligación de los empleadores y trabajadores del sector agropecuario de afiliarse a los organismos encargados de prestar el servicio de Seguridad Social en Salud regulado en esta ley, deberá cumplirse en el momento en que se disponga de la oferta de servicios en la respectiva región (Ley 100, art. 237).

Los avances de la medicina prepagada entre los sectores de población de ingresos medios y altos constituyen también una barrera para incentivar la afiliación al SGSSS, en cuyo caso se impide la captación de recursos importantes para aumentar los recursos de solidaridad y equilibrar el sistema. Es sorprendente que la Ley 100 no menciona a este tipo de entidades, excepto que ellas podrían transformarse en EPSS y entonces tal vez se hayan visto como oferentes potenciales de los planes complementarios.

Ambiente competitivo. El funcionamiento del SGSSS está basado en la competencia en los mercados de seguros y de servicios lo cual se materializa, por una parte en la libre elección del usuario con respecto a la EPS en la cual desea asegurar sus riesgos y a los proveedores de los servicios que demanda; por otra parte, se presentan múltiples EPSS e IPSS a competir en ambos mercados.

Pero el carácter de este mercado es el de una competencia administrada o regulada, reconociendo en parte los problemas que se presentan en los mercados de salud (Bloom, 1994). Sin embargo subsisten algunas áreas en las cuales se intenta poner en práctica la competen-

¹⁰ Cuando se cuenta con una utilidad marginal decreciente, el individuo padece de aversión al riesgo y compra un seguro cuyo valor no debe superar el gasto esperado en salud (Friedman, 1984). Por eso, existen incentivos para no cotizar al sistema o hacerlo con una declaración de ingresos inferior a la real.

cia y ésta realmente no opera o conduce a resultados desventajosos para la sociedad. En efecto, en su informe preliminar de mayo de 1995 el equipo Harvard advertía que

...para el año 2005 tal vez entre un 40 y un 50 por ciento de la población colombiana vivirá todavía en comunidades en donde las condiciones competitivas razonables no pueden ser establecidas para soportar la competencia administrada [...] una tercera parte de la población puede sostener un ambiente competitivo; además, entre un 20 y un 30 por ciento vive en una región que puede tener el potencial para ser competitivos en servicios de hospital, y en gran parte del país se puede soportar la competencia en atención ambulatoria (Harvard, 1995, pp. 84, 86; traducción del autor).

Las áreas no competitivas estarían caracterizadas por la existencia de un número insuficiente de EPSS o de IPSS, o de ambas, lo cual conduciría en muchos casos a la conformación de "monopolios bilaterales" entre el hospital local y la empresa promotora de salud o la empresa solidaria de salud (Molina y Giedion, 1994, p. 82). Por otra parte, es importante tener en cuenta la definición de escalas óptimas para hospitales y EPSS, encontrándose así la justificación de monopolios naturales o la conveniencia de aumentar el número de oferentes.

Administración de los subsidios. El otorgamiento de los subsidios dirigidos a la población más pobre y vulnerable es otra gran condición para alcanzar la cobertura universal. Los cuestionamientos sobre el régimen subsidiado creado por la ley en parte se relacionan con los anotados anteriormente, en especial al suponer su desenvolvimiento en un ambiente competitivo y pretender asegurar a población que en definitiva no está claro si realmente recibirá los servicios.

En general, se observa el desplazamiento de la función pública hacia el financiamiento del régimen y su administración, destacándose en esta última las labores de identificación y selección de beneficiarios y de contratación del plan obligatorio con las EPSS. Esta alternativa merece ser cotejada con otras en términos de sus costos y los alcances reales de cobertura. Vistas las cosas un poco intuitivamente, se aprecia una escalada de costos al involucrar demasiados organismos y procedimientos, en casos en los cuales como ya se anotó no opera la competencia y resultaría más provechoso mantener el esquema de financiamiento, gestión y provisión públicas.

Un aspecto muy preocupante se refiere al mecanismo de identificación de los pobres. Además de lo costoso que puede resultar y del estigma que recae sobre las personas, se cuestiona la permanencia en el grupo respectivo y su movilidad espacial y de las condiciones de vida.

Por último, la transformación de los recursos públicos de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda también suscita algunas inquietudes que se relacionan con la supervivencia de las instituciones prestadoras de carácter público así como con el cumplimiento de un derecho constitucional de recibir atención básica de salud.

Riesgo moral. La existencia del riesgo moral (*moral hazard*) consiste en la sobreutilización de servicios y actividades sobre los asegurados, de manera que se estaría produciendo una pérdida de eficiencia social. Aunque ciertamente el cambio del sistema puede provocar un aumento inicial y considerable de la demanda, es justo reconocer que en la ley se encuentran instrumentos valiosos para controlar este fenómeno.

La indicación más importante sobre el control al riesgo moral está determinado por el establecimiento de la UPC como variable reguladora del sistema. Al tener ingresos fijos, la EPS se preocupará por controlar el gasto de los afiliados y para ello podrá adelantar programas de prevención y promoción así como pactar con las IPSS una forma de pago (capitación, diagnóstico) que también incentive el comportamiento de los médicos y de los hospitales hacia el uso racional de los servicios.

Por último, los beneficiarios de los servicios también están comprometidos en evitar la sobreutilización al posibilitar el cobro de los pagos moderadores y la fijación de estándares sobre diagnóstico y frecuencias de consultas. Sin embargo, el efecto real de estas medidas estará determinado por la elasticidad-precio de la demanda por los servicios de salud, la cual tiende a ser inelástica en muchos casos (Griffin, 1988).

Selección adversa. Otro supuesto importante considerado en este análisis se refiere a la inexistencia de la selección adversa, de modo que teóricamente no habrá excusa en el año 2000 para estar por fuera del sistema debido al rechazo de una EPS, o para que ésta quiebre por la presencia de individuos muy costosos.

De nuevo, la UPC permite justificar la anterior afirmación, ya que en general la ley determina los criterios para que ésta sea definida y revisada periódicamente: perfil epidemiológico, grupos de edad, riesgos cubiertos y costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería (Ley 100, art. 182). La gran exigencia

se encuentra entonces sobre la información necesaria para establecer la UPC de manera diferencial.

Suponiendo que con lo anterior se evita al menos la selección por grupos de edad (menores de un año y mayores de 60 años, por ejemplo), la ley presenta reglamentaciones sobre otros casos específicos: las mujeres embarazadas recibirán las licencias de maternidad directamente del Fosyga; las EPSS reasegurarán las enfermedades de alto costo; el Fosyga posee la subcuenta de Accidentes de Tránsito y Enfermedades Catastróficas, con la cual atenderá el pago de las "urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales y otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud" (Ley 100, art. 167). Por último, la ley prohíbe la aplicación de preexistencias (art. 164).

● Análisis de los primeros resultados

El examen realizado sobre la información disponible a nivel nacional muestra la existencia de retrasos considerables en la implementación de la reforma y, al mismo tiempo, da cuenta de la ocurrencia de dificultades y problemas advertidos en el marco general discutido anteriormente. Por otra parte, también se observan algunos hechos positivos que responden al cumplimiento de los propósitos consagrados en la Ley 100, así como a las ventajas que ofrece el mismo.

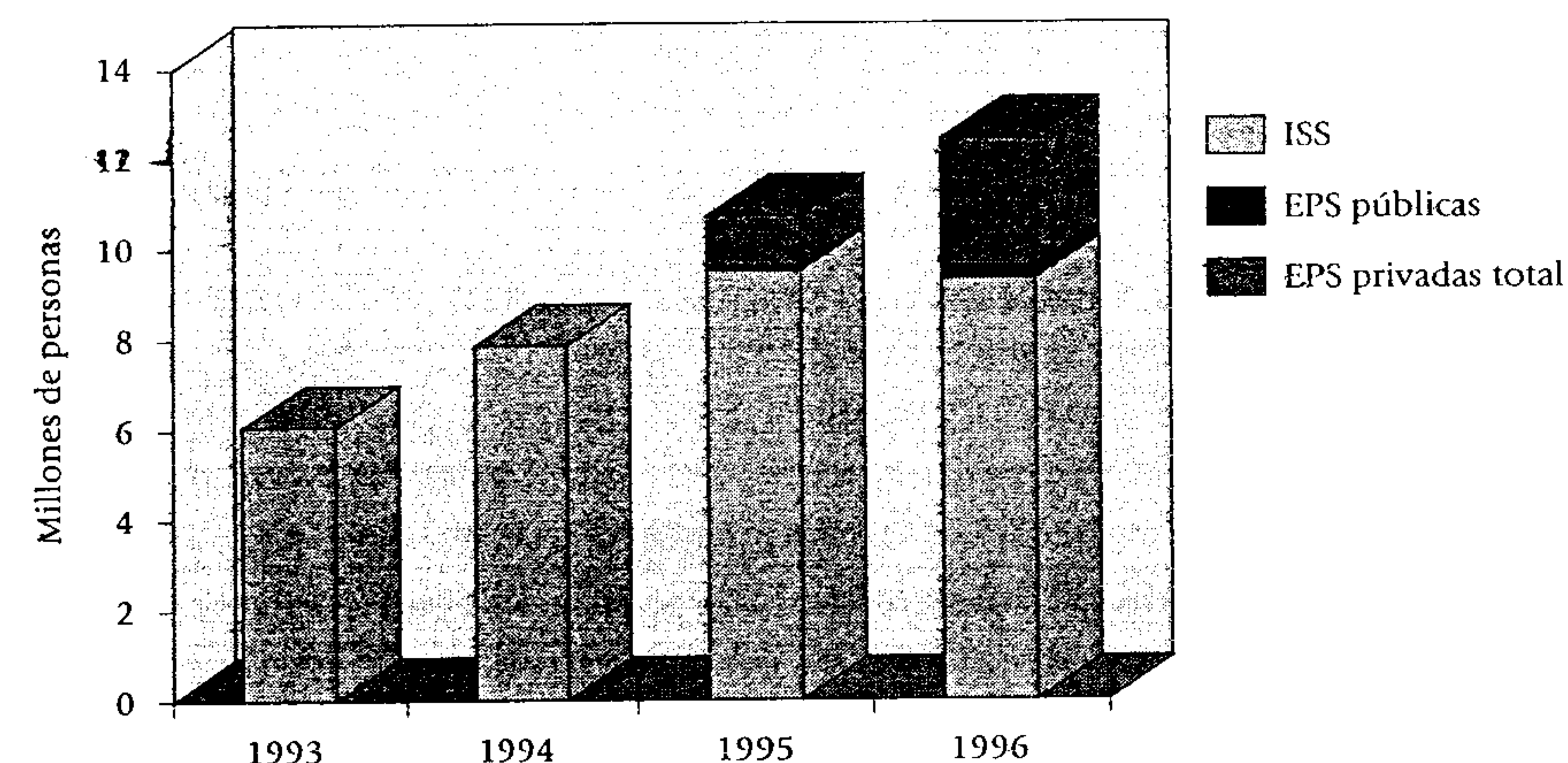
Régimen contributivo

Los desarrollos del régimen contributivo enseñan un rápido agotamiento de las posibilidades de expansión a toda la población con capacidad de pagar la cotización del 12 por ciento del ingreso. Además, se observa una clara correspondencia entre los avances de este régimen, el carácter urbano de la población y la vocación económica de la misma, lo cual ha sido característico de los sistemas de seguridad social basados en impuestos sobre la nómina.

De acuerdo con lo sucedido a nivel nacional, la población cubierta por este régimen, sin considerar los casos especiales permitidos por la ley o en proceso de transición (en general, los empleados estatales: fuerzas militares, empleados de la Empresa Colombiana de Petróleos [Ecopetrol], y maestros, entre otros), pasó de 7 800 000 de personas en 1994, entre afiliados al ISS y derechohabientes, a 12 400 000 en 1996 en el conjunto de las EPSS incluido el ISS (véase gráfica 2).

GRÁFICA 2

COBERTURA DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO 1993-1996



El aumento de la cobertura de este régimen parece ser el resultado lógico del aumento en la cotización y la cobertura del grupo familiar del cotizante en su calidad de derechohabientes (1.5 personas por afiliado). En efecto, en 1994 el ISS poseía 4 600 000 de afiliados, un 28 por ciento de ellos con cobertura familiar y con un promedio de 1.9 derechohabientes por afiliado, lo cual fue el resultado principalmente de esfuerzos anteriores a la Ley 100 y concentrados en áreas distintas a las grandes ciudades. Si se considera este punto de partida, la población asegurada por el régimen contributivo ascendería a unos 11 500 000 de personas.

La diferencia entre los afiliados en 1996 y el cálculo anterior daría cuenta de una cobertura adicional de 900 000 personas (véase gráfica 2). Además de lo insignificante que resulta este incremento en la cobertura, sin ofrecer resultados atractivos en relación con la intención de universalizar el aseguramiento entre la población con capacidad de pago, se advierte la recomposición en la oferta del seguro de salud en cuyo proceso adquieren importancia las EPS privadas, con una participación del 22.7 por ciento en la afiliación total en 1996.¹¹ De este modo,

¹¹ Existen en el país 18 EPS privadas, seis de ellas originadas a partir de cajas de compensación familiar, seis de entidades de medicina prepagada, tres de seguros de vida, dos de carácter cooperativo y una de creación especial, con capital chileno; por su parte, existen ocho EPS públicas, entre las que sobresalen por su capacidad de afiliación el ISS y Cajanal. Aunque el ISS todavía no realiza la compensación establecida en la ley, durante los dos

en uso del derecho a la libre elección se estaría presentando un traslado de afiliados del ISS hacia las nuevas EPS (unos 2 000 000 de personas). También hay que tener en cuenta la afiliación de los empleados públicos que antes eran cubiertos por las cajas y fondos de previsión y, aunque el panorama actual es negativo, es necesario considerar el aumento de la población con capacidad de acceder al régimen; por último, es posible que a través de algunas medidas especiales se haya facilitado la afiliación de alguna población, particularmente los contratistas del Estado y los usuarios de la medicina prepagada.

Lo anterior permite plantear que en efecto no se cumple con el supuesto de la afiliación obligatoria, lo cual además dificulta la aplicación de los principios de universalidad y solidaridad. Más bien, se viene reproduciendo el anclaje de la seguridad social sobre la población principalmente urbana y vinculada formalmente mediante una relación salarial, además de que buena parte de la población afiliada a las nuevas EPSS correspondería a empleados públicos y personas trasladadas del ISS en uso de su derecho a la libre elección. Pero además, se tiene la sospecha de que se están profundizando las diferencias regionales, con coberturas superiores al promedio nacional únicamente en Bogotá y en los departamentos de Cundinamarca, Valle, Antioquia y Risaralda, mientras en 1994 se tenía una menor dispersión y un mayor número de departamentos tenía coberturas superiores al promedio del país. A manera de ilustración, mientras en Bogotá, en donde la población ocupada representa un 30 por ciento del total y la afiliación al régimen ascendería a un 65 por ciento de la población potencial, en el Chocó ambas participaciones apenas llegan al 10 por ciento (Restrepo, 1997).

Régimen subsidiado

La afiliación al régimen subsidiado ha sido un proceso lento y muy polémico. En una primera fase se adelantó el proceso de identificación de los beneficiarios, el cual ha recibido ajustes permanentes y pro-bablemente aún no se posean resultados consolidados sobre la población objeto del subsidio en salud, tanto la potencial como la efec-

tivamente cubierta y, en consecuencia, la denominada población vinculada. Además, es importante tener en cuenta que en algunos casos no se efectuó censo de población sino que se aplicaron las encuestas a partir de una zonificación, dejando por fuera algunas personas sin capacidad de cotizar al régimen contributivo; asimismo, se advierten algunas dificultades para capturar la movilidad de la pobreza, tanto en sentido geográfico (migraciones) como en sentido económico (variación en las condiciones de vida, por pérdida del empleo, por ejemplo).

Luego de haber identificado a la población, en la etapa inicial de clasificación se consideraron seis niveles socioeconómicos (niveles del Sisben), pasando a seleccionar los tres primeros como la población objetivo del régimen. En este caso, se destaca la selección de personas con capacidad de pago e incluso que se encuentran afiliadas al régimen contributivo; lo anterior ha sido explicado en parte por la politización del proceso así como al suministro de mala información por parte de los encuestados o por fallas en las labores de los encuestadores. Esta situación desató gran polémica en los municipios, haciendo que se realizara una depuración de la información y, en algunos casos, una reclasificación; igualmente, ha sido muy común que se demande por parte de la ciudadanía su inclusión en los primeros niveles del Sisben, especialmente el uno y el dos.

Además de la identificación y clasificación de la población, desde 1994 se inició la carnetización y afiliación de la población más pobre. Siguiendo el Decreto 2491 de 1994, las Direcciones Seccionales de Salud fueron autorizadas para operar como EPS transitorias, de tal manera que facilitaran el acceso al POS subsidiado a través de los hospitales públicos o los privados con los cuales tuvieran contrato. Este esquema operó hasta mediados de 1996 y los hospitales facturaron a la EPS transitoria la prestación de servicios; posteriormente, se inició la afiliación de población a las administradoras del régimen subsidiado, (ARS), mediante criterios de priorización sobre población vulnerable (menores de un año y mujeres embarazadas, principalmente).

A partir de esta afiliación también se observan dificultades importantes. En primer lugar, se ha encontrado que en muchos casos no se hace efectiva la entrega de carnet, de manera que mientras se paga la capitación correspondiente por cada una de las personas afiliadas, de muchas de ellas no se conoce su ubicación o sencillamente no atienden el llamado para recibir el carnet. En segundo lugar, se destaca un serio problema de desigualdad al comparar una persona afiliada a la ARS con una vinculada, ya que los planes de beneficios son diferentes y en

primeros años se presentó un superávit en la subcuenta de compensación del Fosyga y buena parte de las EPS comenzaron a registrar utilidades, aunque una de ellas ya fue declarada en proceso de liquidación por razones propias a su gestión (gastos administrativos y de publicidad demasiado altos).

principio favorecen a la primera categoría; además, no es claro el tratamiento que se dará a la población perteneciente al nivel tres del Sisben.

Los primeros resultados sobre afiliación a nivel nacional presentan una situación realmente preocupante. En general, la meta establecida por el gobierno del presidente Samper sobre cobertura del régimen subsidiado apenas se alcanzaría en un 70 por ciento y no resulta clara la manera como habrá de sostenerse la afiliación de población y mucho menos la ampliación de coberturas. Por otra parte, un examen sobre la manera como se han distribuido los recursos para afiliar a los pobres muestra un fenómeno preocupante: se presentan las mayores afiliaciones, en términos relativos, en los departamentos en los cuales se tienen menores índices de pobreza (Sarmiento y Vargas, 1997); de manera que parece que se está yendo en contravía de los principios de la equidad y la solidaridad.

Además de los asuntos relacionados con la identificación, selección y afiliación de la población beneficiaria, es importante observar también lo sucedido con la prestación de servicios y, finalmente, con la situación de salud de la misma población. Desafortunadamente, viene dominando la visión oficial que concentra su interés en las cifras relativas a la afiliación, refiriéndose así a los avances en materia de cobertura y dejando de lado cuestiones vitales como el acceso efectivo a los servicios, el reconocimiento del plan de salud subsidiado y, en general, los demás componentes que integran una estrategia global de lucha contra la pobreza.

En el centro del debate se encuentra la preocupación por la optimización de los recursos públicos. Es admisible preguntarse entonces si los resultados del nuevo sistema, con los esfuerzos realizados a través de un aumento sustancial de recursos, en realidad superarán los alcanzados por el anterior. Algunas apreciaciones sobre este asunto permiten cuestionar la ortodoxia que se mantiene en torno al régimen subsidiado, el cual, como ya se mencionó, es el elemento más crítico de la reforma tanto por su dimensión como por las dificultades relativas a la falta de consenso y voluntad política y operativa para ejecutar las acciones previstas. De un lado se tienen algunas evidencias sobre la menor asistencia a los servicios por parte de las personas afiliadas a este régimen, en comparación con lo sucedido con la demás población, hecho que podría provocar un superávit financiero en favor de las ARSS,¹² y de otro, las cargas administrativas del nuevo sis-

tema, tanto en el sector de las ARSS como en las direcciones territoriales de salud (con un peso fuerte en lo relacionado con el montaje y operación del Sisben) y en los hospitales, ameritan un análisis detallado en términos de eficiencia.

Por último, es importante anotar que de un total de 10 millones de personas que serían los beneficiarios del régimen subsidiado se tienen afiliados unos 7 millones, pero se carece de información acerca de la duración de los contratos correspondientes y tampoco se conocen proyecciones sobre los nuevos recursos para ampliar la cobertura.

Recursos públicos

Un efecto importante e incuestionable de la reforma al sistema de salud se refiere al aumento de los recursos públicos para financiar la prestación de servicios y la afiliación de la población pobre al nuevo sistema. En especial, se destacan la creación de los recursos de solidaridad del Fosyga, la destinación al sector salud de por lo menos el 25 por ciento de los recursos de inversión social transferidos a los municipios y las posibilidades que se abren sobre los hospitales para recuperar sus costos mediante la venta de servicios.

Una revisión sobre lo sucedido a nivel nacional muestra, efectivamente, un buen comportamiento de las finanzas del sector. En 1993, el gasto público en el sector representó un 0.97 por ciento del PIB y se estima que en 1996 ascendió a 1.93 por ciento. Este aumento se encuentra acompañado, además, de un cambio en la participación de los principales recursos, con una disminución de los correspondientes al situado fiscal (46 por ciento en 1991 y 32 por ciento en 1996) y las rentas cedidas (25 por ciento en 1991 y 15 por ciento en 1996), un incremento en las participaciones municipales (1 por ciento en 1991 y 20 por ciento en 1996) y el ascenso de los nuevos recursos del Fosyga (con una participación del 11 por ciento en 1996); en total, estas cuatro rentas representaron en 1996 el 80 por ciento de los recursos públicos disponibles para salud (Duarte, 1997).

Esta transformación financiera también comienza a ser registrada a través de las ejecuciones presupuestales de las entidades territoriales.

rencia entre la UPC entregada a las administradoras y los gastos en salud ha sido reconocida en varias oportunidades por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y fue como estableció la obligatoriedad de constituir unas reservas de liquidez encaminadas a invertir necesariamente en el régimen; además, aunque se mantiene fijo el valor de la UPC, se han adicionado algunos servicios de segundo nivel como ortopedia.

¹²Ha sido notorio el interés del sector privado por ofrecer el pos subsidiado, cuando en los primeros momentos de la reforma nadie quería participar. Por su parte, la dife-

De acuerdo con la información suministrada por un informe reciente del Banco de la República sobre estadísticas fiscales, de 1993 a 1995 se presentó un aumento real del gasto en salud efectuado por departamentos y municipios en 24, 29 y 33 por ciento, respectivamente, superando ampliamente lo sucedido con el gasto total de los mismos gobiernos (20, 16 y 11 por ciento para los mismos años). Por otra parte, se presentan dos hechos notorios en el contexto de estos cambios: la mayor participación de los municipios en el gasto regional en salud (22 por ciento en 1992 y 39 por ciento en 1995) y el aumento registrado por los gastos de administración, en comparación con hospitales y servicios de salud, de manera que mientras los primeros crecieron en 197 por ciento en términos reales entre 1993 y 1995, los segundos lo hicieron en 64 por ciento.

● Conclusiones

La reforma colombiana a la seguridad social posee algunos elementos y connotaciones particulares que la distinguen de los esfuerzos realizados en otros países del continente, de manera que ella misma pudiera convertirse en un ejemplo aleccionador para los demás gobiernos del área. Una primera distinción de la reforma colombiana consiste en su integralidad. El sistema creado en la Ley 100 está conformado por cuatro subsistemas y ellos son objeto de transformaciones profundas que toman en cuenta, con las excepciones que es preciso señalar, a todos los actores e instituciones que los conforman, modificando sus interacciones y fortaleciendo el papel regulador del Estado.

En el caso del Sistema General de Seguridad Social en Salud, una característica sobresaliente en Colombia se refiere al hecho de que la problemática del sector salud no fue planteada, como ha sido común en América Latina, en un escenario de crisis financiera. Por el contrario, el principal objetivo de la reforma consiste en universalizar el acceso a la atención y para ello se dispusieron recursos nuevos y otros se modificaron en su aplicación, conservando un escenario de suficiencia para cubrir a todas las familias con un paquete integral de servicios.

Otro hecho notorio del nuevo sistema está basado en la conformación de una dirección única nacional con la participación de los principales actores del sistema en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), así como en la creación de un fondo único que permita dar cumplimiento a la solidaridad (léase también compensa-

ción) en un amplio sentido, a la vez que los recursos tengan el carácter de públicos y los agentes que intervengan en su administración y utilización obren como delegados suyos o, en cualquier caso, se sometan a sus reglas de operación.

En cuanto al diseño del sistema, puede señalarse que se tomaron en cuenta desarrollos teóricos y experiencias de otros países que resultan interesantes para alcanzar la cobertura universal en un escenario de eficiencia. Por una parte, la definición de dos variables básicas sobre las cuales se regula el sistema, la unidad de pago por capitación (UPC), y el plan obligatorio de salud (POS), permiten controlar los fenómenos de selección adversa y deseconomías de escala; en efecto, entre otros puntos importantes pueden señalarse el reconocimiento del mismo plan para todos, la exigencia a las EPSS para garantizar una participación mínima de los grupos de población que podrían ser excluidos, el reconocimiento de las licencias de maternidad por fuera de la UPC y el establecimiento del reaseguro como un mecanismo para financiar las enfermedades de alto costo en el caso de las EPS pequeñas.

Por otra parte, el riesgo moral también parece controlado en algunos puntos clave, aunque ciertamente acá existe una vulnerabilidad importante que es necesario explorar en sentido teórico y empírico. El establecimiento de los copagos y las cuotas moderadoras, para el caso de los afiliados y beneficiarios, permiten contener el sobreconsumo derivado de la extensión del seguro; además, las formas de contratación constituyen otro punto que merece la mayor atención con el fin de controlar el riesgo moral proveniente de los hospitales y los profesionales de la salud.

Finalmente, la prestación de los servicios de manera descentralizada es un asunto sobre el cual ya se tienen avances significativos en el país y se espera que con la consolidación de este proceso se traigan ventajas sobre la eficiencia del sistema, las cuales se expresarían, esencialmente, en una mayor participación del primer nivel de atención en la solución de los problemas de salud y, en consecuencia, en una liberación de costos sobre los organismos de mayor complejidad.

Se tienen varios elementos para señalar que la meta formulada en la Ley 100 no será alcanzada en los términos y en el plazo que allí se conciben. Teóricamente se encuentran dificultades para que las condiciones iniciales realmente conduzcan a la cobertura universal en la atención de la salud y, desde el punto de vista práctico, se vislumbra la ocurrencia del fenómeno de la multiplicidad de la acción conjunta (Pressman y Wildavsky, 1973). Además, comienzan también a

advertirse dificultades financieras ocasionadas por el recorte de los aportes del gobierno (Ley 344), la evasión al régimen contributivo y las restricciones de tipo institucional para transformar los recursos públicos en los denominados subsidios a la demanda.

Como se han encontrado estas dificultades, resulta apropiado efectuar cambios sobre la política que permitan tomar el sendero hacia la cobertura universal. En primer lugar, es necesario revisar la estrategia del aseguramiento y la manera como se organiza el régimen subsidiado para regiones y grupos en donde las principales carencias están determinadas por la falta de oferta de servicios para el desarrollo de los programas de salud pública y la atención en los niveles básicos. Se había advertido que al menos un 19 por ciento de la población no podía acceder a los servicios y es necesario entender que probablemente la existencia del seguro tampoco lo permite, de manera que se requiere de un estrategia alternativa; los primeros resultados llaman la atención sobre el desfase entre la UPC reconocida a las administradoras del régimen subsidiado y hospitales y los servicios prestados, de manera que siendo superior la primera se generan excedentes sobre ambos organismos, elevando además los costos administrativos del sistema.

En segundo lugar, la inexistencia de ambientes competitivos en muchas regiones también demanda la elaboración de una propuesta alternativa para organizar el sistema e incluso determinar las regiones en donde efectivamente la competencia conduce a la eficiencia y no se presentaría el caso contrario de elevar los costos de todo el sistema debido a los mayores gastos de administración.

En tercer lugar, para la organización del régimen subsidiado parece importante evaluar los resultados obtenidos por tres modelos de gestión alternativos. De un lado, el anterior sistema de salud, pese a sus deficiencias y alcances limitados, merece ser examinado a la luz de los nuevos conceptos y criterios de manera que se establezcan sus alcances y se descarte desde el punto de vista técnico su continuidad o, por el contrario, se encuentre que resulta mejor fortalecerlo para alcanzar una mayor cobertura; de otro lado, la experiencia con las EPS públicas también amerita un examen detallado para determinar sus resultados en forma objetiva y entonces promover o rechazar la conformación de estos organismos públicos; y, finalmente, el esquema presentado en la ley y que apenas comenzó a operar a mediados de 1996 podría ser evaluado en términos de los alcances sobre cobertura en el aseguramiento y en la prestación de servicios.

En cuarto lugar y en forma relacionada con el punto anterior, un esquema alternativo del aseguramiento consistiría en retomar las propuestas de la Ley 10 de 1990 en relación con los niveles de atención, de manera que los municipios ofrecerían un seguro de salud con cobertura de atención básica que sería contratada con su hospital y reaseguraría ante el departamento la prestación de los servicios más complejos. La viabilidad de esta propuesta puede ser consultada en buena medida mediante la revisión de la experiencia de las EPS transitorias.

● Bibliografía

- ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE, *Constitución Política de Colombia*, La Nueva Ley, Santafé de Bogotá, 1991.
- BANCO MUNDIAL, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*, Washington, 1993.
- BLOOM, Erik et al., *La demanda de servicios de salud en México: un análisis económico*, Consejo Nacional de Población, México, 1995.
- y Jairo Restrepo, "Las reformas al financiamiento de la salud en México", en Saúl Osorio y Berenice Ramírez (comps.), *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, Triana Editores, México, 1997.
- BLOOM, Gerard, "La administración del desarrollo del sector salud: los mercados y la reforma institucional", en Christopher Colclough y James Manor, *¿Estados o mercados? El neoliberalismo y el debate sobre las políticas de desarrollo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1994.
- CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL (CISS), *La seguridad social en Colombia*. México, 1994. Serie Monografías, núm. 7.
- CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, "Acuerdos del Consejo", MinSalud Santafé de Bogotá.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, *La Revolución Pacífica. Plan de Desarrollo Económico y Social 1990-1994*, Géminis, Santafé de Bogotá, 1991.
- , "Salud y Seguridad Social", Documento Conpes núm. 2756, Santafé de Bogotá, 11 de enero de 1995.
- , "Evaluación de la destinación de la participación de los municipios y de los resguardos indígenas en los ingresos corrientes de la nación para la vigencia 1994", Documento Conpes 2809-DNP: UDT, Santafé de Bogotá, 1995a.
- DONALDSON, Cam y Karen Gerard, *Economics of health care financing: the visible hand*, Mcmillan Press Ltd., Hong Kong, 1992.
- DUARTE, Jesús, "Problemas del esquema actual de asignación de recursos en educación y salud", en *Coyuntura Social*, núm. 16, Santafé de Bogotá, 1997.
- ENTHOVEN, Alain C., "The history and principles of managed competition", en *Health Affairs. Supplement*, 1993.

- FRIEDMAN, Lee S., *Microeconomic policy analysis*, McGraw Hill, 1984.
- GRIFFIN, Charles C., *User charges for health care in principle and practice*, EDI Seminar Paper Number 37, Economic Development Institute of The World Bank, Washington D.C., 1988.
- GUTIÉRREZ, C. Molina, Carlos G.; Andrea Wüllner y Úrsula Giedion, *Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud: sus perspectivas en el marco de la seguridad social*, GEHOS-Fundación Social, Santafé, Bogotá, 1995.
- HARVARD UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, Program in health care financing. Colombia health care reform project team, "Colombian master implementation plan for health care reform: Interim report may 1995", Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, 1995.
- _____, "Report on Colombian Health Reform and Proposed Master Implementation Plan. Revised Draft Final Report", 21 de marzo de 1996.
- JARAMILLO, Iván, "Reorganización del Sistema Nacional de Salud: Guía para leer la Ley 10 de 1990", Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá (mimeo.).
- _____, *El futuro de la salud en Colombia -Ley 100 de 1993- Política social y mercado*, 2a. ed., Tercer Mundo Editores, Santafé de Bogotá, 1995.
- _____, "El salto social y la reforma a la seguridad social", en Isabel Martínez et al., *¿Hacia dónde va el salto social?*, Tercer Mundo Editores, Santafé de Bogotá, 1995a.
- _____, "Régimen contributivo", en *La implantación de la Ley 100. Un reto, logros y dificultades. Informe de avance*, Asociación Colombiana de la Salud-Fundación para la Educación Superior, Santafé de Bogotá, 1995c.
- _____, Nelcy Paredes, Guillermo Olano y Francisco Londoño, "Reglamentación de la Ley 100 en salud: ¿un retroceso?", en *Coyuntura Social. Debates*, núm. 5, Fedesarrollo-Fundación Corona, Santafé de Bogotá, mayo de 1995.
- KATZ, Jorge y Ernesto Miranda, "Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos", en *Serie Políticas Públicas*, 12, CEPAL, Santiago de Chile, 1995.
- LONDOÑO, Juan Luis, *El revolcón de la salud 1992-1994: agenda de un proceso*, MinSalud, Santafé de Bogotá, 1994.
- LÓPEZ M., Cecilia, "Aspectos básicos de la reforma", en *Elementos conceptuales para una reforma integral a la seguridad social en Colombia: experiencias recientes en América y Europa*, ISS-OIT-PNUD, Santafé de Bogotá, 1993.
- MEDINA, Antonio, "La transición del sistema", en *La implantación de la Ley 100. Un reto, logros y dificultades. Informe de avance*, Asociación Colombiana de la Salud-Fundación para la Educación Superior, Santafé de Bogotá, 1995.
- MINISTERIO DE SALUD, *La Reforma a la Seguridad Social*, Carrera séptima Ltda, t. 3. Santafé de Bogotá, 1994.
- _____, *La carga de la enfermedad en Colombia*, Carrera Séptima Ltda. Santafé de Bogotá, 1994a.
- _____, Decreto 1298 de 1994: Estatuto orgánico del sistema general de seguridad social en salud, 1994b.

- _____, "La situación financiera de la salud", en *La Revolución de la Salud*, Santafé de Bogotá, 1995.
- _____, "El régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud" (versión aprobada por el CNSSS), Santafé de Bogotá, 1995.
- _____, *Cómo organizar el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud*, Santafé de Bogotá, junio 1995a. (Programa sistemas municipales de salud.)
- MOLINA, Carlos G. Úrsula Giedion y Juan Pablo Trujillo, "La reforma del sistema de salud: una comparación de tres propuestas", Fundación FES-Fundación Restrepo Barco-Fundación Corona, Santafé de Bogotá, 1993.
- _____, et al., *Incidencia del gasto público en salud*, Fedesarrollo, Santafé de Bogotá, 1993.
- _____, y Úrsula Giedion, "El sector de la salud: desafíos futuros", en *Coyuntura Social*, núm. 11, Fedesarrollo, Santafé de Bogotá, 1994.
- PAREDES, Nelcy, "La transición en el régimen subsidiado", en *Coyuntura Social*, núm. 5, Fedesarrollo-Fundación Corona, Santafé de Bogotá.
- PRESSMAN, J. y A. Wildavsky, *Implementation*, Berkeley University Press, Berkeley, 1973.
- RAMÍREZ, Juan Carlos, "Los actores sociales en la reforma de la seguridad social en salud -intereses, propuestas y responsabilidades-", Documentos de Trabajo, Fundación Friedrich Ebert de Colombia, Santafé de Bogotá, 1993.
- RESTREPO, Jairo, "Implementación del sistema general de seguridad social en salud", tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Flacso, México, 1996.
- _____, "Implementación local del sistema general de seguridad social en salud: estudios de caso en el departamento de Antioquia", en *Informe de investigación*, Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia, Medellín, 1997.
- SOJO, Ana, "Naturaleza y selectividad del gasto público", en *Revista de la CEPAL*, núm. 41, Santiago de Chile, agosto de 1990.

Privatización, bienestar y equidad: el caso de la reforma de salud en Chile

Patricia Olave

● A modo de introducción

Como parte del conjunto de medidas de reestructuración económico-sociales promovidas por el enfoque neoliberal a principios de los ochenta, Chile lleva a cabo de forma pionera en la región una serie de reformas cuyo objetivo central fue traspasar actividades y servicios de tipo social del sector público al privado.

El entregar al ámbito del mercado lo que hasta comienzos de los setenta se creía una función propia del Estado se justificó por la creencia de que este último era la instancia más adecuada para ofertar calidad y eficiencia, frente a las limitaciones atribuidas al desempeño público anterior.

De acuerdo con la teoría económica y política convencional, la "libertad de elegir" y las preferencias del consumidor provocan efectos importantes sobre la dinámica de funcionamiento de la empresa privada, situación que en condiciones de libre mercado la obligan a ser competitiva, beneficiando con ello el objetivo de lograr un mayor bienestar individual y colectivo.

Sin embargo, los resultados del proceso de reforma chileno en los ochenta distaron mucho de los planteamientos teóricos. El incremento de bienestar individual esperado sólo alcanzó a una parte pequeña de la población, mientras un porcentaje importante era drásticamente excluido no sólo de los servicios sociales, sino también de condiciones mínimas de sobrevivencia.

Contrariamente a lo que se creía y postulaba, el Estado nunca pudo asumir un papel subsidiario frente al mercado, y más bien modificó su orientación, al pasar a subsidiar casi exclusivamente al capital. Las reformas sociales, sobre todo la de la seguridad social y en particular la de salud, han sido una buena muestra de dicha situación.

La llegada de los años noventa marca algunos cambios. Se inicia el tránsito a la democracia, paradójicamente por la derrota en libre votación del régimen militar que gobernó a Chile por 16 años.

La llamada Convergencia Democrática, alianza entre la Democracia Cristiana, el Partido Socialista y el Partido por la Democracia, asume el gobierno planteando como objetivo fundamental enfrentar el elevado costo social heredado, a partir de promover un crecimiento económico equilibrado, acompañado por una forma más equitativa de repartir la riqueza social.

Esta coyuntura interna se ve inmersa además en un contexto internacional "preocupado por la suerte de las democracias", en cuya perspectiva se ubican los nuevos planteamientos sobre la capacidad regulatoria y de participación estatal en las economías de libre mercado.¹

Según el planteamiento oficial chileno, el crecimiento económico –mediado por una intervención pública adecuada– debe ser capaz de generar oportunidades de integración efectiva de la mayoría de la población a los frutos del progreso (Molina, 1995).

Este tipo de ideas no son del todo nuevas. Recordemos las viejas discusiones sobre el desarrollo que se dieron en los años sesenta, no sólo en Chile, sino en el conjunto de América Latina. Lo novedoso es quizás el contexto en que se da este tipo de planteamientos.

Economías cada vez menos "nacionales", e integradas a un proceso de globalización y regionalización que exige incrementar la competitividad y el manejo "sano" de las principales variables macroeconómicas, fundamentalmente del presupuesto fiscal, punto complejo para el objetivo de mayor equidad en tanto impone severas restricciones a la acción estatal en materia de gasto social y políticas redistributivas.

A las dificultades que enfrenta el gobierno democrático, en términos de disminución de la pobreza y desigualdad vía gasto fiscal, se agrega un aspecto bastante más estructural. La decisión de mantener el "exitoso" modelo exportador, sin mayores cambios en la política económica de corte neoliberal que lo ha acompañado por más de 20 años, otorga continuidad también a políticas salariales y funcionamiento del mercado laboral, acordes con las necesidades de competitividad exter-

¹De la discusión que se dio básicamente en los ochenta sobre el antagonismo Estado-mercado se ha pasado a un cierto consenso de que el debate debería centrarse más bien en cómo debe ser su complementariedad. Qué tanto Estado, qué tanto mercado son necesarios, cómo deberían funcionar y cómo deberían ser regulados. Es importante puntualizar, sin embargo, que hay "matices" cualitativos entre quienes visualizan esta relación como algo técnico y operativo (Cordera, 1996), y quienes lo ven como una cuestión política y de naturaleza clasista (Cordera, 1996; Vilas, 1995 y 1997).

na, bases en que se sustenta la creciente precariedad laboral y en general las condiciones de vida de la población trabajadora.

Aparte de los obstáculos técnicos y financieros, hay que mencionar además –en el caso chileno– la pugna por vencer o llegar a acuerdos consensados con importantes fuerzas conservadoras que se oponen al regreso de cualquier acción universalista y "despilfarradora" del Estado.²

A pesar de ello, es interesante observar que la transición a la democracia ha permitido al menos volver a poner en debate una serie de supuestos que anteriormente se consideraban incuestionables, como que el objetivo de ofertar y proporcionar generalizadamente un mejor servicio a la comunidad, cuestión que encierra una enorme carga social y solidaria, no se resuelve sólo a través de la "eficiencia" privada vía optimalización costo-beneficio. Esto, que impecablemente plantea la teoría, debe ajustarse a una realidad que no ofrece condiciones para que todos los individuos puedan acceder a su bienestar vía mercado.

A partir de este planteamiento general, el objetivo de este trabajo se centrará en ejemplificar, a través de la reforma de salud en Chile, cómo la lógica privada del mercado reproduce, incrementa y estratifica la desigualdad, y, por otra parte, la necesidad de una participación estatal que rebasa, en mucho, el carácter subsidiario que pretendía la teoría y la práctica neoliberal.

El interés de mostrar una experiencia como la chilena es fundamentalmente por la fuerte influencia que ha tenido en otros procesos de reformas en la región, y en particular en el caso de México. Además, porque a pesar de las variantes, estas reformas se ubican en un enfoque más o menos generalizado de ajuste neoliberal, de donde es posible extraer algunas semejanzas en cuanto a sus efectos y resultados.

En un primer apartado se presentarán algunas cuestiones generales que muestran la base de la que parten los gobiernos democráticos, en términos del costo social heredado del régimen militar.

En el segundo apartado se detallarán los puntos centrales de la reforma en salud. En el tercer apartado se analizarán las modificaciones realizadas por los gobiernos democráticos en este sector, y una evaluación de sus alcances.

En un cuarto apartado se rescatará, a partir de los debates oficiales y en círculos intelectuales chilenos, algunos aspectos que creemos deberían contemplarse dentro de la necesidad de modificación de la Reforma en Salud.

²Uno de los amarres institucionales dejados por el régimen anterior es la presencia de senadores "designados", que obstaculizan ciertas reformas desde el Congreso.

Y finalmente, se presentan algunas conclusiones generales en términos de los límites que muestra la reforma, así como las limitaciones que enfrenta su revisión.

● Política social subsidiaria y privatización

La experiencia chilena, pionera en la instrumentación ortodoxa de las políticas de ajuste y estabilización, impulsó desde septiembre de 1973 el principio neoliberal de participación subsidiaria del Estado, afectando entre otras esferas al gasto social.

Dentro de esta misma óptica, y de manera complementaria, desde finales de los setenta y principios de los ochenta el régimen militar inició un programa de reformas sociales cuyo objetivo básico fue privatizar y descentralizar los servicios sociales de carácter público: seguridad social, salud, educación, etc., cuyo resultado esperado fue una mayor disminución del gasto estatal en estos rubros, como puede verse en el cuadro 1:

CUADRO 1
GASTO FISCAL SOCIAL 1972-1989*
(Millones de dólares de 1976)

	1972	1976	1980	1985	1989
Salud	295.9	134.3	196.8	144.0	134.7
Asistencia social ^a	30.3	150.0	201.1	451.3	196.0
Vivienda	174.6	74.2	76.7	90.3	103.5
Previsión	452.5	223.8	415.1	842.2	941.0
Educación	617.1	345.3	471.9	502.1	430.2
Des. regional ^b	21.8	56.9	45.5	7.8	34.0
Total	1 592.3	984.5	1 407.1	2 037.7	1 839.4

*El gasto fiscal social es el aporte fiscal a las distintas instituciones.

^aAporte fiscal a programas de empleo de emergencia, apoyo programa jardines infantiles, auxilio becas escolares, servicio nacional de menores, apoyo cuerpo de bomberos, etcétera.

^bRecursos asignados a las regiones para programas de extrema pobreza, salud, vivienda y educación.

Fuente: Banco Central de Chile, tomado de *Serie de indicadores económico sociales. Series Anuales, 1960-1991*, Santiago, Programa Economía del Trabajo. PET, 1992, p. 95.

La justificación del retiro del sector público como oferente de servicios sociales cubría, por una parte, el objetivo de equilibrar del déficit estatal y, por otra, entregar al mercado la oportunidad de mostrar su

potencialidad como proveedor de mayor y mejor atención, por ejemplo en salud, y de mejorar las condiciones de vida una vez que las personas se retiran de su vida laboral activa, como es el caso del manejo privado de los fondos de pensión.

En este sentido, el resultado de la privatización en la seguridad social fue la creación de un sistema de administradoras de fondos de pensiones (AFP), y en salud un sistema de institutos de salud previsional (Isapres).

El elevado monto del gasto social fiscal que muestra el rubro de previsión en el cuadro 1 se explica, entre otras cosas, porque en la transición al régimen privado, el grueso de los jubilados (pasivos) quedaron a cargo del Estado. Según esto, para 1989 el pago de pensiones del antiguo régimen alcanzaba aproximadamente el 50 por ciento del gasto fiscal social total.³

Por otro lado, la mayoría de los cotizantes efectivos (activos) se trasladaron al nuevo sistema, producto de lo cual el Estado tuvo que traspasar a las administradoras privadas un monto considerable de fondos, entre otras cosas, por las llamadas cuotas de reversión.⁴

La privatización del fondo de pensiones en Chile ha significado un elevado costo monetario no sólo para el Estado sino para el conjunto de la sociedad. El déficit que muestra el rubro de previsión en el gasto fiscal ha sido financiado con la disminución del gasto en otros servicios sociales, como puede verse en el cuadro 1.

Pero el costo se ha repartido inequitativamente entre los propios jubilados. En 1995 los trabajadores afiliados al nuevo sistema pagaban en total 20.1 por ciento de cotizaciones previsionales, mientras que a los que permanecen en el antiguo sistema se les descuenta entre 25.8 y 30.9 por ciento de sus remuneraciones brutas.⁵

En lo que respecta a la salud, el sistema privado ha ido incorporando de una manera muy lenta a la población, producto de los bajos salarios y el desempleo. La cobertura de las Isapres en 1987 (a seis años de la privatización) era sólo de 9 por ciento, y en 1990 de 15 por ciento.

De manera complementaria a las reformas sociales privatizadoras, el gobierno militar aplicó una serie de políticas en calidad de palia-

³Porcentaje calculado a partir del cuadro 1.

⁴La parte del déficit previsional atribuible a la reforma era de 3.5 del pgb en 1991. Se estima que éste seguirá aumentando hasta el año 2007, y sólo entonces comenzaría a disminuir. En todo caso, como se mantiene la garantía estatal a las pensiones mínimas, por lo menos hasta el año 2015, el Estado deberá seguir cubriendo un déficit vinculado a la reforma previsional por más del 2 por ciento del pgb (Ruiz-Tagle, 1994).

⁵J. Ruiz-Tagle, *El nuevo sistema de pensiones en Chile. Una evaluación promisorio (1981-1995)*, PET, Santiago, enero de 1995, p. 3 (mimeo.).

tivos al costo social, las que se tradujeron en programas especiales de empleo, creación del Subsidio Único Familiar (SUF) y de Pensiones Asistenciales de Invalidez y Vejez (Asis), y concentración de recursos de atención primaria de salud en grupos de alto riesgo, especialmente materno-infantil. Estos programas constituyeron la llamada *red social* del gobierno, guiados por el esquema de focalización.

En términos de eficientar recursos, la responsabilidad de otorgar servicios sociales a cargo del Estado se enfrentó mediante una política de descentralización regional, y por municipios (delegaciones), en el caso de la Zona Metropolitana de Santiago.

Si el principio de descentralización parece un instrumento adecuado en términos de focalización y en la búsqueda de mayor eficiencia, en el marco de disminución del gasto social fiscal,⁶ y de marcadas diferencias de ingresos de las distintas municipalidades, el proceso afectó de manera diferente y creó serios problemas para los municipios más pobres.

Un ejemplo muy ilustrativo al respecto lo constituye el proceso de descentralización que se dio en el sector salud. Mediante éste fueron traspasados todos los consultorios de atención primaria (servicios básicos públicos) a más de 300 municipalidades existentes en el país.

Con escasos recursos (falta de instrumental, medicinas, etcétera), los municipios pobres debieron proporcionar atención a un sector muy importante de la población que no podía acceder al sistema privado, lo cual se tradujo en una muy baja calidad de los servicios. Por otra parte, la falta de personal administrativo capacitado influyó de manera considerable en las deficiencias que mostró la focalización de la red social.⁷

Al analizar al cuadro 1, llama la atención el bajo financiamiento que muestra el rubro de desarrollo regional, que cubre justamente el aporte fiscal asignado a todas las regiones para algunos programas de extrema pobreza: atención a la salud, vivienda, educación, etcétera.

Esta situación es bastante más drástica si se considera el importante crecimiento de la pobreza en este periodo, tal como puede observarse en el cuadro 2:

⁶En 1970 el *gasto social* en Chile llegó a alcanzar el 20 por ciento del PIB. Durante el gobierno militar se redujo considerablemente la cantidad de recursos que el Estado destinó a este rubro. Para 1989 representó un 12.7 por ciento del PIB. Véase de J.P. Arellano, *Políticas sociales y desarrollo. Chile 1942-1984*. Ediciones Cieplan, Santiago, 1986.

⁷Esta situación queda ilustrada en la mortalidad infantil: en una comuna de altos ingresos la tasa es de sólo 6 por 1 000 nacidos vivos, frente a 40 por 1 000 de las comunas más pobres. Véase de Jaime Ruiz-Tagle, "Desarrollo social y...", *op. cit.*, p. 45.

CUADRO 2
HOGARES EN SITUACIÓN DE POBREZA E INDIGENCIA. 1969-1988
(Porcentaje)

Años	Indigentes	Pobres no indigentes	Total de pobres
1969	8.4	20.1	28.5
1976	27.9	29.0	56.9
1980	14.4	25.9	40.3
1986	24.7	26.2	50.9
1988	22.9	26.8	49.7

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación (Mideplan), *Un proceso de integración al desarrollo. Informe social 1990-1991*, Santiago de Chile, agosto de 1991, p. 259.

Transición a la democracia y equidad

El proceso de transición a la democracia abierto en Chile desde 1990 se da a partir de condiciones muy especiales. Emerge, por una parte, del plebiscito de finales de 1989 que convocara el gobierno militar bajo una enorme presión política interna y externa, y del cual sale derrotado y, de otra, del "exitoso" modelo exportador chileno.

Esta doble dimensión representó para el gobierno del demócrata cristiano Patricio Aylwin una serie de compromisos: restablecer la democracia, resarcir el elevado costo social heredado por el régimen anterior y mantener los niveles de equilibrio y crecimiento económico alcanzados.⁸

Esta estrategia, denominada de crecimiento con equidad, mantiene en lo sustancial el modelo de especialización exportadora, apoyado por el manejo de una política económica que preserva el equilibrio de las principales variables macroeconómicas. En lo social busca crear condiciones para atender las desigualdades existentes, combatir la pobreza, incrementar los salarios y crear empleo.

En esta perspectiva se plantea también la revisión de algunas de las reformas realizadas en el gobierno militar, como fue el Plan Laboral, debido a la importancia que reviste sobre las condiciones de con-

⁸El presidente P. Aylwin encabezó el primer gobierno posdictatorial, apoyado por la Convergencia Democrática, alianza entre la Democracia Cristiana, el Partido Socialista y el Partido por la Democracia.

tratación y de vida de los trabajadores, así como rediseñar las políticas sociales otorgando una mayor participación al Estado, pero sin perder de vista el equilibrio fiscal. Esta estrategia se mantiene en la actualidad bajo el segundo gobierno civil posdictadura, que encabeza el presidente Eduardo Frei.

En la perspectiva de financiar equilibradamente el gasto social, en 1990 se da a conocer una nueva reforma tributaria, la cual incrementó un 15 por ciento los impuestos sobre las utilidades devengadas por las empresas por un periodo de cuatro años; el aumento del IVA del 16 al 18 por ciento; y el mantenimiento de impuestos sobre la renta presunta de algunos sectores productivos expuestos a condiciones más inciertas, como es el caso de la agricultura.⁹

El incremento de la carga tributaria representó un 2 por ciento del PIB, lo que permitió incrementar la partida inicial presupuestada para el gasto social en 1990 en un 12.2 por ciento, sin que ello representara una carga muy gravosa para el sector empresarial. Con estos recursos adicionales se incrementó a partir de ese año el gasto en salud, educación, vivienda y previsión social, así como en programas focalizados hacia la extrema pobreza, como puede observarse en el cuadro 3.

Junto al respiro que representó el ingreso adicional de la reforma tributaria, se estima que el crecimiento económico continuará alto en los próximos años (a un nivel promedio cercano al 6 por ciento anual), con tasas de inflación relativamente bajas, situación que permitiría mantener un nivel de gasto social fiscal similar al realizado en estos años (véase cuadro 4).

En el ámbito de la distribución del ingreso se registra un incremento de las remuneraciones medias y fundamentalmente del salario mínimo. Según cifras oficiales, el índice real del ingreso mínimo legal imponible (1981 = 100) fue de 68.6 por ciento en 1990; 78.1 en 1992; 85 en 1994 y 92 por ciento en 1995.¹⁰

Otra de las preocupaciones en términos de equidad ha sido la creación de mayores empleos. Entre 1990 y 1995 la tasa de desempleo promedio se ha mantenido en aproximadamente un 5 por ciento, considerada la tasa histórica, en referencia con la tasa de mayor empleo alcanzada en periodos anteriores normales de actividad. Las tasas de desem-

⁹Óscar Muñoz y Carmen Celedón, "Chile en transición: Estrategia económica y política", en *Colección Estudios*, núm. 37, CIEPLAN, Santiago de Chile, junio de 1993, p. 105.

¹⁰*Informe Anual 1994-1995. Economía y trabajo en Chile*, PET, Santiago de Chile, 1995, p. 265.

CUADRO 3
GASTO SOCIAL FISCAL 1990-1995
(Porcentajes calculados sobre datos a millones de pesos de 1995)

	1990	1992	1994	1995
Salud	9.3	10.7	11.8	11.7
Vivienda	4.9	5.4	5.5	5.5
Previsión	30.0	27.5	27.6	27.7
Educación	11.9	12.8	13.5	14.3
Otros ^a	5.1	5.2	5.6	5.8
Gasto social fiscal	61.2	61.6	64.0	65.1
Gasto total fiscal	100.0	100.0	100.0	100.0

^aIncluye subsidios de cesantía, aportes a la Secretaría del Trabajo y Sence, Servicio Nacional de Menores (Sename), Dirección General de Deportes y Recreación (Digeder), Instituto de Desarrollo Agropecuario (Indap), Fondo de Solidaridad e Inversión (Fosis), etcétera.

Nota: Este cuadro fue elaborado con una metodología de deflactación y clasificación distinta a la utilizada antes de 1990. Por eso no es comparable con años anteriores.

Fuente: Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuesto.

CUADRO 4
EVOLUCIÓN DE ALGUNAS VARIABLES

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
PIB (%) [*]	7.1	10.5	6.0	4.1	8.2	6.5 ^a
Inflación [*]	18.7	12.7	12.2	8.9	8.2	6.6 ^b
Desempleo ^{*c}	9.3	7.0	6.2	8.3	7.4	7.2
Índice real de remuneraciones 1970=100 ^{**}		96.9	101.3	99.9 ^d	105.0	108.7 ^e

^aCifras preliminares.

^bInflación de noviembre a noviembre. El resto de los años es de diciembre a diciembre.

^cDesempleo urbano región metropolitana. 1996 corresponde al periodo enero-septiembre.

^d1993 = 100, no comparable con año anterior.

^ePromedio enero-marzo de 1995.

*Fuente: CEPAL, *Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe*, 1996.

**Fuente: INE, tomado de *Informe Anual 1994-1995, Economía y trabajo en Chile*, PET, p. 262.

pleo a nivel nacional fueron de 5.7 por ciento en 1990; 5.3 en 1991; 4.4 en 1992; 4.5 en 1993; 5.9 en 1994 y 5.4 por ciento en 1995.¹¹

En conjunto, esta serie de medidas ha contribuido a disminuir los elevados niveles de pobreza que se registraban al comienzo del gobierno de la concertación. Esto puede observarse en el cuadro 5.

CUADRO 5
POBLACIÓN POBRE E INDIGENTE 1987-1994
(Porcentaje)

	1987	1990	1992	1994
Indigentes ¹	16.8	13.8	8.9	8.0
Pobres no indigentes ²	27.8	26.3	23.8	20.5
Total pobres	44.6	40.1	32.7	28.5
Total no pobres	55.4	59.9	67.3	71.5
Total población (miles)	12.536	12.964	13.303	13.819

¹Se considera como indigentes a las personas que habitan en hogares que no tienen ingresos per cápita suficientes para comprar una canasta básica de alimentos.

²Se considera como pobres a las personas que habitan en hogares que no tienen ingresos per cápita suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Nota. Las cifras de los años 1987 y 1990 deberán ser ajustadas con base en la nueva serie de Cuentas Nacionales, lo que puede modificarlas levemente.

Fuente: Mideplan. Encuesta Casen 1994.

Sin embargo, y a pesar de que las cifras muestran avances en materia de equidad, todavía persisten una serie de problemas e insuficiencias que preocupan en términos de desarrollo y democracia.

Si bien el incremento salarial real ha sido importante, en el caso de los mínimos este aumento aún no alcanza el nivel de 1981, y en las remuneraciones medias apenas supera los niveles registrados en 1970 (véase cuadro 4).

Para noviembre de 1994, el 46.2 por ciento de las personas ocupadas percibían entre uno y dos salarios mínimos. El salario mínimo neto para ese año era de 41 719 pesos.¹² Según estimaciones del PET, el Salario Mínimo Requerido (SMR) para satisfacer las necesidades básicas (línea de pobreza) era para 1994 de 71 824.06 pesos, el equivalente

¹¹ Datos del INE, tomado de J. Ruiz-Tagle, "Desarrollo social y...", *op. cit.*, p. 26.

¹² Datos de Mideplan y el INE, tomado de R. Urmeneta, "Exclusión, servicios sociales y pobreza: Desafío para las políticas", en *Informe Anual 1995-1996. Economía y trabajo en Chile*, PET, Santiago, 1996, p. 111.

aproximado a dos salarios mínimos,¹³ con lo cual estamos hablando de que casi la mitad de los trabajadores ocupados tienen ingresos insuficientes para resolver no sólo su nivel de subsistencia, sino mucho menos los servicios que ofrece el sector privado.

Aunque para 1994 los niveles de pobreza han disminuido, este proceso se ha visto acompañado (en ese mismo año) con una tendencia que muestra el regreso, o una profundización de la concentración del ingreso (véase cuadro 6).

CUADRO 6
INGRESOS MONETARIOS PROMEDIO DE LOS HOGARES 1987-1994
(Porcentaje)

Quintil	1987	1990	1992	1994
I 20% más pobre	4.5	4.2	4.9	4.6
II	8.5	8.8	8.7	8.5
III	12.4	12.9	12.4	12.4
IV	18.7	19.0	18.5	18.4
V más rico	56.0	55.1	55.4	56.1

Nota. Las cifras de los años 1987 y 1990 deberán ser ajustadas con base en la nueva serie de Cuentas Nacionales, lo que puede modificarlas levemente.

Fuente: Mideplan. Encuesta Casen 1994.

Los dos primeros quintiles (40 por ciento de los hogares más pobres) ven disminuir sus ingresos para 1994, mientras el V concentra un mayor porcentaje incluso que el alcanzado en 1987, bajo el gobierno militar.

Este hecho está dando pie a un importante debate, ya que se considera que si bien existen posibilidades de reducir los niveles de pobreza mediante la creación de empleo y programas focalizados, es difícil avanzar en un proceso de efectiva "erradicación" de la misma. El núcleo duro de la pobreza requeriría un esfuerzo que quizá no es compatible con las actuales cargas sociales para alcanzar presupuestos fiscales equilibrados.

Otro elemento que se asocia a este problema tiene que ver con cuestiones más estructurales, como las formas de funcionamiento que

¹³ Véase el trabajo de R. Agacino, "Cinco ecuaciones virtuosas del modelo económico chileno y orientaciones para una nueva política económica", en *Informe Anual 1995-1996, PET*, p. 63.

está asumiendo el mercado laboral y las condiciones de precariedad en las contrataciones laborales: incremento de las jornadas, gran movilidad laboral, incumplimiento de condiciones de contratación, etcétera (Leiva y Agacino, 1994).

Para poner esta situación en cifras, tenemos que si bien la tasa de ocupación se ha incrementado entre 1991 y 1995 alrededor de un 14 por ciento,¹⁴ para 1994 se contemplaba que un 12.2 por ciento de los trabajadores ocupados recibían un salario mínimo que los ubica por abajo de la línea de la pobreza, y 34 por ciento percibían entre uno y dos salarios mínimos, monto que apenas alcanzaban a resolver sus necesidades mínimas.

Según estas apreciaciones se estaría hablando de una franja de pobreza y exclusión no sólo en los términos tradicionales de marginalidad ("núcleo duro"), sino de pobres ocupados en un mercado de trabajo que está operando como uno de los tantos mecanismos reproductores y generadores de pobreza (Agacino, 1996).

En este marco de relativo y lento mejoramiento de las condiciones de ingresos, que permitan acceder al bienestar ofertado por el mercado, y de una política social definida en el marco de equilibrio fiscal, entraremos a evaluar la lógica y resultados de la reforma de salud.

● El sistema de salud vigente en Chile

El esquema de salud pública y previsional chileno era considerado hasta 1980 uno de los más avanzados de la región latinoamericana. El Servicio Nacional de Salud, creado en 1952, fue una réplica adaptada del sistema de salud inglés, lo cual le confería un fuerte peso en la preocupación social e integral de la salud.

Desde la privatización de la previsión social (DL 3500) en 1980, en Chile coexisten básicamente dos sistemas de salud previsional: un sistema público (Fonasa), que cubre a la mayoría de la población, y un sistema privado (Isapres) que da atención a menos de un tercio de la misma. Existe un tercero, exclusivo para las Fuerzas Armadas (también de carácter público) (véase cuadro 7).

Uno de los cambios significativos que incorporó la reforma de salud es la "libre elección", cuestión que le ha conferido al sistema general un carácter bastante complejo y poco transparente.

¹⁴ Calculado en relación con cifras del INE, tomadas de J.R. Tagle, "Desarrollo social y...", *op. cit.*, p. 26.

CUADRO 7
POBLACIÓN CUBIERTA Y NO CUBIERTA
POR SEGUROS DE SALUD EN CHILE. 1994

<i>Población (millones de personas)</i>	<i>%</i>	<i>Institución</i>
9 159.4	63.4	Fonasa ^a
3 424.0	23.7	Isapres ^b
390.0	2.7	FFAA
Subtotal asegurado 12 973.4	89.9	
No asegurados 1 473.6	10.2	
Total de población 14 447	100.0	

^a Fondo Nacional de Salud. Público

^b Instituciones de Salud Previsional. Privadas.

Fuente: Elaboración propia con base en información de Mideplan. Encuesta Casen 1994.

Se supone que las personas "pueden optar" por el sistema público o privado. Los afiliados a Fonasa pueden elegir a su vez entre la modalidad institucional o libre elección.¹⁵ Los cotizantes y beneficiarios de las Isapres pueden elegir cualquiera de las empresas que ofrecen servicios en salud.

Se supone, además, que el servicio privado por ser de mejor calidad que el público tenderá a ser mayoritario. En 1990 la cobertura de las Isapres era de 15 por ciento, lo cual significa que en 1994 se había incrementado en un 8.7 por ciento, producto de las mejoras salariales y el crecimiento del empleo, como ya se vio anteriormente. Sin embargo, dicho incremento no ha permitido disminuir significativamente la carga que significa para el Estado la atención a la salud.

¹⁵ *Modalidad Institucional* se refiere a los servicios que ofrece el propio Fonasa, mientras que *Libre Elección* es la forma en que el afiliado compra un bono de atención a menor precio que una consulta normal, y escoge de una lista de médicos o servicios que están incorporados al sistema público, pero que atienden en consultorios particulares.

La "libertad de elección" presenta así fuertes restricciones por capacidad monetaria. Fonasa atiende a los sectores más pobres (grupos A y B, ingresos más bajos en una escala de A a D),¹⁶ y dentro de éstos, de manera gratuita, a un porcentaje importante que no tienen ninguna capacidad de elección. Sólo los grupos C y D podrían optar por la Libre Modalidad que ofrece la misma institución. Por otra parte, la "elección" de las Isapres (como veremos más adelante) también depende del nivel de ingresos.

Otras características que comparte este sistema mixto, son: el carácter previsional que a ambos sistemas le confiere la ley; la afiliación obligatoria; la cotización legal que es de 7 por ciento del salario imponible para los activos, o igual porcentaje de las pensiones para los pasivos, y la no gratuidad de las prestaciones, ya que además del aporte obligatorio se debe pagar un copago en los dos sistemas.

La reforma le ha impreso una dinámica bastante híbrida a los dos sistemas de salud imperantes en Chile. A partir del estatus previsional legal, al sector privado se le ha tratado de imponer algunos rasgos solidarios, mientras que al sector público se le aplica normatividad de mercado (por ejemplo, la modalidad de Libre Elección de Fonasa, pago de coaseguro, etcétera).

La idea inicial era otorgar a ambos sistemas posibilidades de competencia, obviando la distinta naturaleza que tradicionalmente han tenido y que no ha podido ser modificada con la reforma.

Por la profundización de la desigualdad que han traído consigo la implementación del modelo económico y las políticas de ajuste, el sistema público no ha podido abandonar su función solidaria y distributiva (con las limitaciones señaladas), mientras que el sector privado ha potenciado el rasgo individual y lucrativo, inherente al concepto de salud como negocio. El resultado de esta mezcla ha sido formas de operación bastante dispares en ambos sistemas.

El sistema de salud pública

En cuanto a la organización, en *el sistema público* de atención a la salud existen tres niveles:

¹⁶Según la información de la Encuesta Casen 1992, Fonasa daba atención al 81 y al 75.4 por ciento de la población del primer y segundo quintil de ingresos, respectivamente. La población atendida de manera gratuita era de 44.1 por ciento (25.4 por ciento del grupo A y 18.7 por ciento del B).

- Un nivel primario, de baja complejidad y alta cobertura (consultorios generales urbanos y rurales, postas rurales, y estaciones médico-rurales);
- un nivel secundario, con consultorios de especialidad (dependientes de hospitales) y hospitales de baja complejidad, y
- un nivel terciario, de baja cobertura y alta complejidad (hospitales especializados).

La asignación de recursos a este sistema se realiza fundamentalmente vía presupuestos anuales garantizados a los hospitales, es decir, dependiendo del nivel de gasto fiscal.

Uno de los problemas importantes por los que atraviesa el sistema de salud pública es que tanto la organización como la asignación de recursos no han avanzado lo suficiente en términos de modernización, por lo que existe una serie de ineficiencias que van, por ejemplo, desde la no adecuación a los cambios epidemiológicos, hasta atención que implica largas listas de espera (sobre todo, en caso de cirugías), y prolongadas horas de espera en consultorios de atención primaria.

A pesar de esta situación, muchas personas no afiliadas a Fonasa recurren a algunos servicios no cubiertos por sus seguros privados. El caso más claro es el de maternidad. De acuerdo con el carácter previsional otorgado a las Isapres, éstas tienen la obligación de dar atención para el control de la madre embarazada, pero no así el servicio de parto, que en muchos casos es finalmente demandado (y no sólo por pobres) al sector público. Situación similar ocurre con algunos otros exámenes médicos. A partir de esta situación se habla de un porcentaje importante de subsidio o de filtración del presupuesto fiscal, del sistema estatal al privado.¹⁷

Respecto a la asignación de recursos, se observan marcadas diferencias a nivel regional. Por ejemplo, en 1992, mientras los servicios de salud del área metropolitana (que incluye Santiago y zonas aledañas) tenían un gasto asignado superior a 20 000 pesos por persona al año, y un número de médicos por cada 1 000 habitantes entre 45 y 95

¹⁷Según el informe del director de Fonasa, doctor C. Oyarzo, durante 1995 esta institución entregó 81 millones de prestaciones, observando un crecimiento mayor respecto al año anterior; las de Libre Elección crecieron un 5.3 por ciento, mientras las de Modalidad Institucional se incrementaron en 0.6 por ciento. Véase de Apolonia Ramírez, "La salud previsional hoy en Chile", en *Informe Anual 1995-1996*, PET, Santiago, 1996, p. 157.

por ciento superior al promedio del país, otras regiones, como Bío-Bío y Talcahuano tenían un gasto de 13 000 pesos por persona al año y tasas de médicos 27 por ciento inferiores al promedio nacional.¹⁸

Características del sistema de seguro privado de salud

El sector privado de salud está conformado por 36 Isapres que van en una escala de muy caras y selectivas, a más baratas. Del total, 22 son Isapres abiertas (atención a cualquier usuario que compre los servicios), de las cuales las seis más grandes concentran el 75 por ciento de los afiliados, y 14 cerradas, con acceso restringido, que atienden sólo a un 3.8 por ciento de los cotizantes de Isapres.

Los servicios son proporcionados a través de centros, clínicas, hospitales y laboratorios, los que operan exclusivamente con base en la modalidad de libre elección. Aunque tiene el estatus legal previsional, el sistema privado es un sistema de seguros privados de salud.

La forma de funcionamiento de estas empresas privadas se mueve en torno a paquetes de salud que cubren distintos planes de atención según la capacidad de pago de los contratantes. Como son sociedades con fines de lucro, se rigen por criterios de rentabilidad económica y maximización del costo-beneficio, lo que las hace muy selectivas y excluyentes a la hora de definir los criterios de aceptación de afiliados, y muy "racionales" y eficientes en el momento de entrega de servicios.

Dentro de la atención a la salud, el sistema privado privilegia la parte curativa de nivel primario que es la más demandada y menos costosa, y en menor medida la atención de segundo y tercer nivel, las que por ser más caras tienden a ser atendidas en el sector público.¹⁹

Una de las formas muy extendidas a través de las cuales las Isapres buscan maximizar sus ingresos es a partir de lo que se denomina "sobresaleseguro". De acuerdo con la obligatoriedad de la cotización, el 7 por ciento del salario imponible se descuenta de manera fija, se ocupen o no los planes de salud. Por ello la población ocupada joven, "sana" y de altos niveles salariales constituye el mercado cautivo más llamativo para los vendedores de seguros.

¹⁸ Cifras tomadas de Carmen Celedón *et al.*, "Modelos alternativos de organización de la salud. Hacia un esquema solidario de salud", p. 111. Colección Cieplan núm. 44.

¹⁹ En 1995 las prestaciones de las Isapres fueron de 36 516 141, de las cuales el 68.3 por ciento fueron de atención médica y exámenes de diagnóstico, mientras que intervenciones quirúrgicas sólo correspondieron al 0.8 por ciento. A. Ramírez. "La salud...", *op. cit.*, p. 159.

Dentro de las limitaciones más importantes que presenta el sector de salud privado podríamos mencionar:

a) Cobertura parcial, en tanto las prestaciones cubiertas se definen en diferentes contratos según la elección y capacidad de pago de los usuarios.

Esto se traduce en una baja cobertura. El bajo acceso de usuarios al sistema privado puede analizarse en dos dimensiones. De una parte, por la capacidad de pago, el sistema de seguro individual es caro, lo que limita el porcentaje de población que puede acceder a este sistema, y de otra, por la selección de riesgo que realizan las propias Isapres.

Respecto a la capacidad de pago ya se analizaron sus condicionantes en el anterior apartado. Según la selección de riesgos se observa una importante exclusión por edad y género.

Según la encuesta Casen 1992, la mayor filiación a las Isapres se da entre los rangos 15-24, 25-44 y 45-64 años (entre un 20 y un 24.4 por ciento). En el rango de mayores de 65 años, el porcentaje se reduce a un poco más de 6 por ciento. Esta situación se visualiza mucho más drásticamente para el caso de las mujeres. La afiliación de mujeres a las Isapres en los mismos rangos es proporcionalmente menor que la de hombres.²⁰

Llama la atención la discriminación de las mujeres, sobre todo si se considera que a partir de julio de 1985 (Ley 18.418) el pago por subsidios de licencias maternales y por cuidado del hijo menor de un año fue traspasado al Estado, fundamentalmente para facilitar el acceso de éstas al sistema privado.²¹ En relación con las personas mayores, la situación es más notoria si se considera el aumento de la expectativa de vida de la población.

Finalmente, otra de las formas de selección lo constituye el tipo de enfermedades. Los seguros privados tienden a dejar fuera las enfermedades costosas, sin contemplar que éstas son cada vez más recurrentes debido al cambio del perfil epidemiológico observado en las sociedades actuales.

b) Poca transparencia en el funcionamiento del mercado. Según el esquema de libre elección se supone que los usuarios deberían contar con acceso a información clara y precisa del alcance de los servicios ofrecidos. Sin embargo, en el caso de Chile el funcionamiento del mercado privado de salud no ha cumplido con tales requisitos.

²⁰ Carmen Celedón, "Modelos alternativos...", *op. cit.*, p. 108.

²¹ Véase el trabajo de A. Ramírez, "La salud previsional...", *op. cit.*, p. 155.

La forma en que se presentan los planes de salud (sobreoferta de servicios y de propaganda) dificultan en mucho la comparación entre éstos y a su vez contar con una visión completamente clara de qué es efectivamente lo que las personas pueden comprar con el 7 por ciento de cotización obligatorio. Además de que las coberturas se expresan en aranceles distintos para cada institución.²²

El esquema de funcionamiento también ha significado un amarre de los usuarios. Por lo menos en el lapso de un año, las personas pueden cambiarse de Isapres sólo una vez y en un periodo fijo. Si por cualquier motivo no lo hacen en ese plazo, pierden la oportunidad y deben esperarse hasta el próximo periodo de cambio.

● Modificaciones recientes en el sector salud: avances y limitaciones

a) *El gasto fiscal en salud.* Desde 1990 el sistema público de salud ha experimentado un incremento del gasto fundamentalmente por la necesidad de recuperar los bajos niveles observados en los años ochenta. El presupuesto fiscal (a precios constantes de 1995) destinado a este rubro, que en 1987 era de 310 446 millones de pesos, se eleva a 408 416 millones en 1991 y a 614 682 millones en 1995.²³

Habría que mencionar, sin embargo, que un porcentaje importante de este gasto se ha destinado a incrementar las remuneraciones del personal médico y no a inversiones en infraestructura o modernización de equipo, puntos que pudieran representar un mejoramiento en la calidad de los servicios de atención a la salud.

Esta situación se ve reflejada en la dinámica observada por las inversiones públicas en el sector salud. Si bien es cierto que éstas muestran un crecimiento muy significativo, al pasar de 5 264 millones de pesos en 1984 a 51 125 millones en 1994 (a precios de 1994), apenas equivalen a aproximadamente un 10 por ciento del gasto público total en salud realizado en ese mismo año, el que alcanzó 589 922 millones de pesos.²⁴

²² Según información de mercado, para principios de 1996 se ofertaban 8 700 planes de salud, en *Las Últimas Noticias*, 30 de mayo de 1996.

²³ Cifras del Ministerio de Hacienda tomados de *Informe Anual 1995-1996. Economía y trabajo*, PET, Santiago de Chile, 1996, cuadro núm. 27a, p. 290.

²⁴ *Idem*, y J. Ruiz-Tagle, "Desarrollo social y...", *op. cit.*, 1996, p. 44.

En todo caso, aparte del incremento salarial, el mayor presupuesto ha permitido incrementar la planta de médicos y personal, así como incorporar nuevas especialidades a Fonasa, como es el caso de oncología, geriatría y psicología. Además se reajustó el valor del bono en especialidades donde había pocos médicos inscritos, como neurología, neurocirugía, etc., lo que también permitió incrementar el número de servicios.²⁵

En la modalidad institucional se ha puesto mayor atención en reducir la espera para cirugía, además de que en términos de focalización se fiscalizó el pago de cotizaciones a fin de evitar evasión de pagos y que muchos usuarios de Isapres se atendieran en Fonasa.²⁶

Es importante también el avance en términos de mayor regulación y control de las formas de funcionamiento de las Isapres, como es el caso de término de contrato en cualquier momento por parte del usuario, cumpliendo con avisar tres meses antes.

Sin embargo, pese a los avances señalados es claro que el sistema de salud chileno sigue siendo muy inequitativo. A pesar del incremento del gasto público, se mantiene una gran diferencia respecto al gasto en el sistema privado. Por ejemplo, el gasto promedio por beneficiario del sistema privado en 1993 era de 107 540 pesos, y se calcula que para el beneficiario del sector público ese gasto arribaba aproximadamente a la mitad.²⁷

Hasta ahora se ha analizado el problema de la equidad fundamentalmente en términos de perdedores. Los ganadores, si bien son pocos, se caracterizan por la enorme concentración de la ganancia. En 1995 las Isapres abiertas obtuvieron ganancias por 54 millones de dólares, cifra que es superior al promedio anual de inversión pública en salud durante el periodo 1990-1994.²⁸

Distribución del financiamiento en salud en términos de equidad

Como consecuencia de la profunda crisis económica de principios de los ochenta, el gasto social fue uno de los rubros que más resintieron el ajuste vía la disminución de presupuesto en salud pública (véase

²⁵ Véase el trabajo de A. Ramírez, "La salud...", *op. cit.*, p. 157.

²⁶ *Idem*.

²⁷ Carmen Celedón, "Modelos alternativos...", *op. cit.*, p. 105.

²⁸ J. Ruiz-Tagle, "Desarrollo social...", *op. cit.*, p. 46.

cuadro 1). La situación crítica del financiamiento de la salud pública no ha podido revertirse, aun cuando, como parte de la reforma, el financiamiento total del sector se complementa con la cotización obligatoria de los trabajadores afiliados a Fonasa.

Una explicación a dicha situación podría encontrarse en el hecho de que el sector público atiende a la mayoría de la población, pero cuenta con una proporción menor de cotizantes, que además son los que reciben salarios menores.

El sistema público capta el 35 por ciento del total de aportaciones previsionales para la salud y atiende al 63.4 por ciento de la población, mientras que el sistema privado recibe el 65 por ciento de las mismas y atiende a casi el 24 por ciento de la población asegurada (véase cuadro 7).

De acuerdo con los datos señalados, no es difícil deducir que el deterioro de la atención a la salud ha afectado de manera importante a los estratos mayoritarios y más pobres de la población, que son los que recurren al sector público.

● Algunas reflexiones que destacan en la discusión sobre la necesidad de un cambio en materia de salud

A partir de las deficiencias que muestra la mezcla híbrida que caracteriza al sistema de salud en Chile, se señala –tanto en círculos oficiales como académicos– la necesidad de una política en salud que delimite más claramente los alcances tanto del sistema público como del privado, con el objetivo de cubrir las necesidades de salud crecientes y cambiantes de la población.

Del debate general rescatamos algunas ideas. Si se parte de un marco definido como de mayor equidad y democracia, la atención a la salud necesita revisar una serie de principios abandonados por la ortodoxia neoliberal, así como hacerse cargo de nuevos problemas.

En el primer orden de cosas debe discutirse el concepto de salud como mercancía, y recobrar la idea de la salud como un derecho humano individual y colectivo reconocido como un avance de las sociedades modernas. En este sentido se hace necesario visualizar la salud no como costo o gasto sino como inversión necesaria para el desarrollo tanto económico como social.

Este tipo de consideraciones no requiere la anulación del sistema privado. Podría coexistir un sistema mixto, siempre y cuando el Esta-

do no abandone su función reguladora, y asuma un papel complementario (solidario, redistributivo, etc.), en relación con una parte importante de la población que no puede acceder a los servicios privados. Esta función no debería estar ajena a la eficiencia y modernización.²⁹

También en términos de recobrar integralidad, el sistema previsional chileno debería exentar o rebajar a un mínimo la cotización de los pensionados, por la sola consideración de que sus pensiones son siempre inferiores a las de un trabajador activo.³⁰

Definir una política en salud implica, además, recuperar el principio de atención integral que incluye fomento a la salud y prevención de enfermedades, cuestión fundamental a la hora de “eficientar el gasto” y los recursos. De acuerdo con cálculos comprobados en el mediano y largo plazo, resulta menos costosa una inversión en programas preventivos que curar una enfermedad.

Es claro que quien tiene que velar por este tipo de intereses es un Estado con preocupación social, ya que para el sector privado lo rentable es la ganancia que representa la atención a la salud (convertida en mercancía). Tanto para las Isapres chilenas como para cualquier empresa privada de salud, los programas de fomento y prevención son un gasto que no están muy dispuestas a cubrir.

Esta cuestión es de suma importancia en Chile, si se considera que el crecimiento de la pobreza y el retroceso en salud pública que se dio bajo el régimen militar ha hecho reaparecer enfermedades como tuberculosis y tifoidea, junto al reforzamiento de otras como alcoholismo, drogadicción, etcétera.³¹

Respecto a *nuevos problemas* que una política en salud debería contemplar están:

–Cambios en el perfil epidemiológico. Estos cambios, asociados por una parte a modificaciones sufridas por el medio ambiente así como de tensiones de la vida “moderna”, se han traducido en un incremento de enfermedades cardiovasculares, cáncer, estrés, neu-

²⁹Con eficiencia no nos referimos aquí a la maximización de utilidad de mercado sino a una eficiencia de alcance social: calidad de servicio, amplia cobertura, etcétera.

³⁰Tanto en el caso de Fonasa como de las Isapres, los jubilados deben cubrir su cuota obligatoria de 7 por ciento de su pensión (igual porcentaje de la remuneración imponible de los activos). Y en el caso de que se hayan reintegrado al trabajo, les corresponde una doble aportación, como pasivo y como activo.

³¹Las Isapres no cubren patologías como drogadicción, alcoholismo y Sida.

cuadro 1). La situación crítica del financiamiento de la salud pública no ha podido revertirse, aun cuando, como parte de la reforma, el financiamiento total del sector se complementa con la cotización obligatoria de los trabajadores afiliados a Fonasa.

Una explicación a dicha situación podría encontrarse en el hecho de que el sector público atiende a la mayoría de la población, pero cuenta con una proporción menor de cotizantes, que además son los que reciben salarios menores.

El sistema público capta el 35 por ciento del total de aportaciones previsionales para la salud y atiende al 63.4 por ciento de la población, mientras que el sistema privado recibe el 65 por ciento de las mismas y atiende a casi el 24 por ciento de la población asegurada (véase cuadro 7).

De acuerdo con los datos señalados, no es difícil deducir que el deterioro de la atención a la salud ha afectado de manera importante a los estratos mayoritarios y más pobres de la población, que son los que recurren al sector público.

● Algunas reflexiones que destacan en la discusión sobre la necesidad de un cambio en materia de salud

A partir de las deficiencias que muestra la mezcla híbrida que caracteriza al sistema de salud en Chile, se señala –tanto en círculos oficiales como académicos– la necesidad de una política en salud que delimite más claramente los alcances tanto del sistema público como del privado, con el objetivo de cubrir las necesidades de salud crecientes y cambiantes de la población.

Del debate general rescatamos algunas ideas. Si se parte de un marco definido como de mayor equidad y democracia, la atención a la salud necesita revisar una serie de principios abandonados por la ortodoxia neoliberal, así como hacerse cargo de nuevos problemas.

En el primer orden de cosas debe discutirse el concepto de salud como mercancía, y recobrar la idea de la salud como un derecho humano individual y colectivo reconocido como un avance de las sociedades modernas. En este sentido se hace necesario visualizar la salud no como costo o gasto sino como inversión necesaria para el desarrollo tanto económico como social.

Este tipo de consideraciones no requiere la anulación del sistema privado. Podría coexistir un sistema mixto, siempre y cuando el Esta-

do no abandone su función reguladora, y asuma un papel complementario (solidario, redistributivo, etc.), en relación con una parte importante de la población que no puede acceder a los servicios privados. Esta función no debería estar ajena a la eficiencia y modernización.²⁹

También en términos de recobrar integralidad, el sistema previsional chileno debería exentar o rebajar a un mínimo la cotización de los pensionados, por la sola consideración de que sus pensiones son siempre inferiores a las de un trabajador activo.³⁰

Definir una política en salud implica, además, recuperar el principio de atención integral que incluye fomento a la salud y prevención de enfermedades, cuestión fundamental a la hora de “eficientar el gasto” y los recursos. De acuerdo con cálculos comprobados en el mediano y largo plazo, resulta menos costosa una inversión en programas preventivos que curar una enfermedad.

Es claro que quien tiene que velar por este tipo de intereses es un Estado con preocupación social, ya que para el sector privado lo rentable es la ganancia que representa la atención a la salud (convertida en mercancía). Tanto para las Isapres chilenas como para cualquier empresa privada de salud, los programas de fomento y prevención son un gasto que no están muy dispuestas a cubrir.

Esta cuestión es de suma importancia en Chile, si se considera que el crecimiento de la pobreza y el retroceso en salud pública que se dio bajo el régimen militar ha hecho reaparecer enfermedades como tuberculosis y tifoidea, junto al reforzamiento de otras como alcoholismo, drogadicción, etcétera.³¹

Respecto a *nuevos problemas* que una política en salud debería contemplar están:

–Cambios en el perfil epidemiológico. Estos cambios, asociados por una parte a modificaciones sufridas por el medio ambiente así como de tensiones de la vida “moderna”, se han traducido en un incremento de enfermedades cardiovasculares, cáncer, estrés, neu-

²⁹Con eficiencia no nos referimos aquí a la maximización de utilidad de mercado sino a una eficiencia de alcance social: calidad de servicio, amplia cobertura, etcétera.

³⁰Tanto en el caso de Fonasa como de las Isapres, los jubilados deben cubrir su cuota obligatoria de 7 por ciento de su pensión (igual porcentaje de la remuneración imponible de los activos). Y en el caso de que se hayan reintegrado al trabajo, les corresponde una doble aportación, como pasivo y como activo.

³¹Las Isapres no cubren patologías como drogadicción, alcoholismo y Sida.

rosis, etcétera, lo que implica mayores costos en nuevas tecnologías, o la incorporación de la salud mental a la atención a salud. Varias de estas patologías encuentran dificultades para ser cubiertas por las Isapres.³²

–*Cambios en el plano laboral.* La estructura de la fuerza de trabajo en Chile ha sufrido grandes transformaciones. Han aparecido una serie de nuevas categorías de trabajadores: temporeros, subcontratados, promotores, etcétera, más el incremento de la ocupación de fuerza laboral femenina e infantil, trabajos de tipo precario que presentan problemas monetarios para acceder a la atención en salud, o de plano se encuentran al margen de la previsión social.

En estas categorías se ubican básicamente los llamados “grupos vulnerables”, expuestos a enfermedades infectocontagiosas ligadas al deterioro de condiciones de vida.

–*Cambios demográficos.* En Chile también se han producido cambios en la estructura demográfica. La menor tasa de natalidad y mortalidad observada en las últimas décadas ha incidido en una baja proporción de población menor de 15 años y ha incrementado la de mayores de 50.³³

El mayor porcentaje de adultos, la estimación de mayor vida y la exclusión de edad que muestran los seguros de salud privados, es una variable que debe contemplar el sector público en términos de equidad y mayor costo a futuro.

Frente a viejos y nuevos problemas, la participación pública en la reforma en materia de salud necesita ser revisada, y esta responsabilidad, en la medida que es eminentemente social, recae en el gobierno ya que, como se ha visto, las empresas privadas no ven razón para cambio alguno.

³² Mucho se habla hoy en Chile del cambio en las pautas culturales y valóricas, que han acentuado la competitividad y la necesidad de mayor cantidad de trabajo para hacer frente al consumismo (signo de estatus), en el marco de condiciones de trabajo inestables y de alto nivel de exigencia. Ello ha incidido en que este país tenga una de las tasas de enfermedades mentales (estrés, depresión, neurosis, etc.) más altas del mundo.

³³ En la actualidad se estima que la esperanza de vida al nacer para la mujer es de 76 años y de 69 para los hombres.

● Algunas ideas generales en términos de los límites de la reforma en salud chilena y sus lecciones para otras reformas

Límites económicos

La reforma de salud no puede analizarse al margen de la participación del Estado. La justificación inicial de la privatización (en los ochenta), suponía que la lógica del mercado pondría término a la ineficiencia y a la crisis financiera del sector salud.

Sin embargo, en la actualidad se constata que el primer objetivo se ha cumplido a medias y con una profundización mayor de la inequidad, mientras el segundo muestra que la reforma ha resultado “cara”, tanto para los usuarios como para el Estado, que ha tenido que subsidiar en gran parte su funcionamiento.

La carga que significa para el Estado la atención de la salud pública se incrementa en la medida que parte importante de la población no puede acceder a los servicios privados. Lo que demuestra que la reforma ha beneficiado la parte solvente y lucrativa y sigue dejando en manos del Estado aquella parte no rentable, que se acoge al concepto solidario tradicional.

En este sentido, la privatización ha resuelto los problemas de acumulación para unas cuantas empresas privadas, pero ha creado otros, como es el financiamiento de la salud pública. Esta situación se complica aún más si se considera que los gobiernos posdictatoriales chilenos han persistido en mantener el equilibrio presupuestal sobre bases sociales específicas, lo que constituye un límite económico y social importante.

A nivel de los límites económicos individuales habría que contemplar que éstos no se superarán sólo con una reestructuración de la reforma en salud si no está acompañada por la revisión de la política social y de los efectos más estructurales del modelo económico que inciden en la inequidad.

Límites sociales

El límite social más importante en la reforma de salud se ubica en la persistencia de la dinámica de funcionamiento de mercado que se le ha tratado de imprimir al sistema de salud pública, bajo la creencia de que ello incide tanto en una mayor eficacia como en una opción competitiva frente al sistema privado.

En la actualidad se habla de la necesidad de la reforma del Estado, lo que implicaría rediscutir su función como institución complementaria al mercado. Sin embargo, llama la atención que esta reforma se plantee fundamentalmente como una modernización de la forma operativa de entregar los servicios públicos.

Romper el límite social actual implica, por tanto, debatir en torno a la relación Estado-mercado, en donde cada cual asuma el ofrecer un mayor bienestar dentro de un marco complementario y regulado, y no como instancias competitivas, ya que estamos hablando de instituciones que deberían tener una naturaleza diferente.

Límites políticos

Hablar de límites políticos a la reforma de salud en el caso chileno nos remite a la situación muy particular que asume la transición a la democracia, en el marco de fuertes candados dejados por el régimen militar.

En relación con los temas que nos ocupan, destaca la reforma a los senadores designados, medida que impide la aprobación de reformas desde el Congreso. Esta situación ha representado un continuo obstáculo en modificaciones, sobre todo de tipo social, que ha tratado de impulsar el gobierno.

Otra cuestión importante de este proceso de transición es el cambio en la forma de hacer política. Las formas de confrontación tradicional han sido remplazadas por la negociación y la búsqueda de consenso a nivel de cúpulas, dejando poco margen a un proceso democratizador efectivo, en términos de mayor participación de la población, sobre todo en cuestiones que le afectan de manera directa.

Esta situación nos lleva a la otra cara de la moneda. La inexistencia de un sujeto social (colectivo y con suficiente fuerza y organización) que pueda presionar de manera efectiva en un sentido contrario a las tendencias dominantes. Muchos autores atribuyen esta situación al disciplinamiento y desarticulación que se dio bajo el régimen militar, acompañado por cambios culturales y valóricos muy importantes, asociados a la idea del "éxito económico" y la expansión del consumo.

Para la económica convencional y para el *public choice*, esta situación estaría reforzando sus teorías. Sin embargo, habría que considerar que estamos hablando de una sociedad que aún está muy lejos de ofrecer posibilidades reales de ocupación e ingresos que sustenten la idea de maximización del bienestar individual.

¿Hasta cuándo se mantendrá esta situación? Al parecer, un escenario de conflicto no está del todo desechado. De ahí la preocupación manifiesta en algunos sectores oficiales y académicos por buscar nuevas propuestas y alternativas a las reformas vigentes.

● Bibliografía

- AGACINO, Rafael, "Cinco ecuaciones virtuosas del modelo económico chileno y orientaciones para una nueva política económica", en *Informe Anual 1995-1996. Economía y trabajo en Chile*, PET, Santiago de Chile, 1996.
- ARELLANO, J.P., *Políticas sociales y desarrollo. Chile 1942-1984*, Ediciones Cieplan, Santiago de Chile, 1986.
- CELEDÓN, Carmen, F. Leiva y G. Zuleta, "Modelos alternativos de organización de la salud. Hacia un esquema solidario de salud", Cieplan, Santiago de Chile, diciembre de 1996. Colección Estudios, núm. 44.
- CORDERA, Rolando, "Nuevas formas y funciones del Estado en América Latina", en Soledad Loaeza (comp.), *Reforma del Estado y democracia en América Latina*, El Colegio de México, México, 1996.
- LEIVA, Fernando y R. Agacino, *Mercado de trabajo flexible, pobreza, y desintegración social en Chile 1990-1994*, Documento de trabajo OXFAM-ARCIS, Santiago de Chile, noviembre de 1994.
- MOLINA, Sergio, "Una institucionalidad pública para la política social", en C. Pizarro, D. Raczynski y J. Vial (eds.), *Políticas económicas y sociales en el Chile democrático*, Cieplan-Unicef, Santiago de Chile, 1995.
- MUÑOZ, Óscar y Carmen Celedón, "Chile en transición: Estrategia económica", Cieplan, Santiago de Chile, junio de 1993. Colección Estudios, núm. 37.
- RAMÍREZ, Apolonia, "La salud previsional hoy en Chile", en *Economía y trabajo en Chile. Informe Anual 1995-1996*, PET, Santiago de Chile, 1996.
- RUIZ-TAGLE, Jaime, "La evolución del nuevo sistema de pensiones en Chile", en *Informe Anual 1993-1994. Economía y trabajo en Chile*, PET, Santiago de Chile, 1994.
- , *El nuevo sistema de pensiones en Chile. Una evaluación promisorio (1981-1995)*, PET, Santiago de Chile, 1995 (mimeo.).
- , "Desarrollo social y políticas públicas en Chile: 1985-1995", en *Economía y trabajo en Chile. Informe Anual 1995-1996*, PET, Santiago de Chile, 1996.
- URMENETA, R., "Exclusión, servicios sociales y pobreza: Desafío para las políticas", en *Informe Anual 1995-1996. Economía y trabajo en Chile*, PET, Santiago de Chile, 1996.
- VILAS, Carlos, *Estado y políticas sociales después del ajuste. Debates y alternativas*, Nueva Sociedad-UNAM, México, 1995.
- , "La reforma del Estado como cuestión política", en *Política y Cultura*, núm. 8, UAM-Xochimilco, México, 1997.

Una mirada al sistema de pensiones privado: el SAR y la industria financiera de las Afore

Odilia Ulloa Padilla

● La reforma estructural de los regímenes de pensiones tradicionales

Como es conocido, las economías latinoamericanas viven al menos desde hace cuatro lustros un complejo proceso de reestructuración capitalista. Esta reestructuración y las políticas económicas de corto plazo de ajuste y estabilización que la acompañan no han resuelto la crisis estructural que se hizo más o menos evidente en la región a principios de los años sesenta y que tuvo su manifestación más evidente con el estallido de la llamada crisis de deuda en los primeros años ochenta, ni mucho menos han podido configurar condiciones de crecimiento económico estable y sostenido.

La estrategia de ajuste imperante ha modificado sustancialmente los espacios de intervención entre el Estado y el mercado. Lo anterior ha dado como resultado lo que podríamos denominar el *adelgazamiento estructural del Estado*. Las masivas privatizaciones de activos estatales que han tenido lugar en la década de los ochenta y lo que va de la presente dan cuenta de este fenómeno. Atendiendo a diversos grados en el marco de los espacios nacionales, el propósito estructural del ajuste parece ser el mismo: suprimir y/o restringir al máximo la participación directa del Estado en los procesos de acumulación capitalista.

Este ajuste económico entre Estado y mercado a su vez ha conducido a otra profunda reestructuración: la de la intervención del Estado en el plano social. En general, el patrón de acumulación basado en la sustitución de importaciones dominante en la región hasta los años sesenta y principios de los setenta fue acompañado por una política social fuertemente activa; su recambio por otro de desarrollo hacia afuera o de tipo secundario exportador se acompaña en menor o mayor grado por el abandono del activismo social del Estado de la época

anterior, así como por el desmantelamiento gradual y selectivo de las grandes instituciones sociales que emergieron y crecieron a su amparo.

De una política social sustentada en la concepción de los derechos sociales, el cooperativismo, la universalidad, la gestión pública y la redistribución equitativa, estamos siendo testigos de la aplicación de una nueva política social sustentada cada vez más en el "esfuerzo individual", la gestión privada, el intercambio equivalente y la compensación o moderación de la pobreza. Los ejes articuladores de la política social del mínimo Estado de bienestar latinoamericano de equidad social, gratuidad, universalidad, integralidad y su carácter público, son desplazados gradualmente por el pragmatismo mercantil y sustituidos por la "igualdad de oportunidades ante la ley", el pago de servicios, la focalización y la privatización.¹ La divisa parece ser clara: toda la fuerza del mercado contra la política social.

Los sistemas de seguro social, seguridad social y salud nacionales son los espacios en donde ha empezado a producirse con mayor notoriedad este cambio cuyo eje paradigmático es el modelo chileno de salud y de pensiones privados.² Entre las principales características de la reestructuración capitalista de los regímenes de seguridad social y, en particular, de los regímenes pensionales o planes de pensiones tradicionales latinoamericanos, sobresalen:

- i) La apertura de agentes privados de la economía en áreas antes reservadas al Estado, como la provisión de bienes y servicios médicos;
- ii) la instauración de regímenes de capitalización financiera individual de los fondos de pensiones;
- iii) la apertura de intermediarios financieros especializados en la administración de los fondos de pensiones y en la administración y asignación de los beneficios (léase, toda clase de pensiones);
- iv) el cambio en la naturaleza altamente interventora del Estado por otra que le asigna fundamentalmente un papel regulador,

¹Pedro Moreno, "Elaboración de la política social y transformación del Estado", en Manuel Canto y Pedro Moreno (comps.), *Reforma del Estado y políticas sociales*, UAM-Xochimilco, México, 1994.

²Nos referimos a las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) del sector asegurador médico privado y a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) correspondientes al sistema privado de pensiones denominado "Régimen de previsión social derivado de la capitalización individual" que se crea mediante Decreto de Ley núm. 3.500 el 4 de noviembre de 1980. *Decreto de Ley núm. 3.500*. Carlos A. González (ed.), *Reforma previsional: comentada y actualizada*, Ediciones Publibey, Santiago de Chile, 1996.

compensador y de supervisión de la participación privada en el campo;

v) el establecimiento de mecanismos de mercado o de compra-venta para el acceso a los beneficios;

vi) dependiendo del país de que se trate, el tránsito desde el seguro social al seguro privado o de la seguridad social al seguro privado y, en consecuencia, y

vii) el desplazamiento de una gestión eminentemente pública hacia otra de tipo mixto pública-privada o bien netamente privada.

Estamos así en presencia de una profunda reforma estructural de los regímenes de pensiones definida por el tránsito del sistema de pensiones público, de reparto intergeneracional y de beneficios definidos por otro privado, de capitalización individual y de aportaciones definidas.³ En una palabra, los mecanismos de determinación del beneficio o de los ingresos para la vejez pasan del colectivismo y la solidaridad a las del individualismo y riesgo individual. De una de determinación colectiva de los beneficios por otra individual. Del fondo de pensiones común al fondo individual. De la gestión pública del fondo común a la gestión privada del fondo individual. Bajo un régimen de esta naturaleza, cada asegurado, en su calidad de trabajador activo, asume "en última instancia" los riesgos de la administración e inversión financiera privada de su fondo para la vejez o el retiro. Cada asegurado, en su calidad de trabajador inactivo o pensionado, asume todos los riesgos de la administración y gestión financiera privada de su ahorro traducido en una renta vitalicia.

Los sistemas de pensiones privados introducen así, en mayor o menor medida, un alto grado de riesgo financiero e incertidumbre, que, dependiendo del país y modelo de pensiones impuesto, sólo son

³A principios de los años ochenta, Chile fue el primer país de América Latina en implantar el sistema de pensiones privado, de capitalización individual y contribuciones definidas; sin embargo, a lo largo de los años noventa seis países más han reformado su sistema de pensiones con variantes y graduaciones pero todos tienden, hacia la adopción del sistema chileno. En Perú (1993) y Colombia (1994) el sistema público de reparto se reemplazó por una opción competitiva entre un sistema de reparto y uno de contribuciones definidas; en Argentina (1994) y Uruguay (1996) se optó por un sistema complementario entre un sistema público y uno privado de contribuciones definidas, en México (1997) el sistema público de reparto de los trabajadores del sector privado se reemplazó por un sistema privado de contribuciones definidas y, en El Salvador (1998) se establece un sistema de pensiones privado de capitalización individual. BID, Informe 1996, tema especial: Cómo organizar con éxito los servicios sociales, Washington, noviembre de 1996, pp. 215-216/228-229.

medianamente compensados por la existencia de un subsidio estatal que toma la forma de *pensión mínima garantizada*, mediante la cual son socializados los riesgos individuales y las probables ineficiencias de los administradores privados de los sistemas de pensiones basados en la capitalización individual, a diferencia del régimen de pensiones público o tradicional en donde se socializan los riesgos sociales mediante mecanismos de reparto simple (intergeneracional) y prima media escalonada.⁴

Para el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo esta reestructuración de los planes de pensiones tradicionales ha podido ocurrir por varias razones, entre ellas destacan la fragilidad financiera de los sistemas de reparto, el incremento en la tasa de dependencia (razón activo-pasivo), la baja cobertura y la ineficiencia administrativa estatal.⁵

Más allá, las reformas recientes a los sistemas clásicos de seguridad social de varios países de América Latina, México entre ellos, parecen responder a su reacomodo con la reestructuración económica capitalista en proceso, a la redefinición del papel del Estado en materia social con sus nuevos ejes articuladores, y en el contexto de una agresiva apertura comercial y financiera de sus mercados, las reformas previsionales parecen corresponderse con la dinámica de transformaciones del capital financiero internacional, en la que cobran mayor presencia los llamados fondos mutualistas o de pensiones, así como con la necesidad de reforzamiento de los sistemas financieros locales, en los que paradójicamente, tiende a ampliarse la participación extranjera y la inversión de los fondos de pensiones en activos financieros extranjeros.

● La reforma previsional mexicana: una visión de sus determinantes estructurales

En México, el derecho a la seguridad social ha sido una de las mejores expresiones del principio de justicia social contenido en la Constitución General de la República. Entre los derechos sociales y laborales,

⁴ Los sistemas públicos de pensiones tradicionales operan bajo la fórmula de reparto o reparto simple, donde las pensiones se pagan con las contribuciones de los trabajadores activos; o bien bajo la fórmula de prima media escalonada donde las contribuciones permiten además la constitución de reservas parciales para el pago de obligaciones futuras.

⁵ Banco Mundial, *Envejecimiento sin crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*, Informe del Banco Mundial sobre investigaciones relativas

el de la seguridad social ocupa un lugar privilegiado por su naturaleza integral, obligatoria y solidaria. Entre otros derechos, el artículo 123 constitucional ampara prácticamente la totalidad de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores asalariados del sector privado y público a través de una amplia cobertura de beneficios que comprende seguros de invalidez, de vejez, de vida (sobrevivencia), de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes no profesionales, de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales, servicios de guarderías y otra clase de beneficios para el bienestar individual y colectivo, y el derecho a contar con una vivienda digna.

El régimen de contribución obligatoria se define explícitamente por el tipo de empleador, siendo de naturaleza tripartita en el caso de los trabajadores asalariados del sector privado (trabajador, empleador y Estado), y bipartita en el caso de los trabajadores del sector público al servicio del Estado (trabajador y Estado).

El derecho a la seguridad social en México siguió invariablemente una ruta ascendente desde 1942, en que fue aprobada por el Congreso de la Unión la Ley del Seguro Social que reglamentó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional. En 1943 se expide la Ley del Seguro Social dando paso al nacimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y, posteriormente, en 1959, se expide la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Ambas instituciones se constituyeron rápidamente en las más importantes de seguro social en México tanto por su cobertura poblacional y cobertura de riesgos y servicios como por su infraestructura médico-hospitalaria. El IMSS y el ISSSTE cubren en conjunto en 1997, a poco más del 50 por ciento de la población total mexicana (véase cuadro 1).

Durante los años setenta se fortalece el carácter integral del seguro social y se sientan las bases del tránsito hacia un modelo de seguridad social.⁶ Este proceso se ve marcado, al menos, por los siguientes he-

a políticas de desarrollo, capítulo 4, "Los planes públicos de pensiones", Washington, 1994, BID, *op. cit.*, capítulo 7: "Las reformas a los sistemas de pensión".

⁶ De acuerdo con Carmelo Mesa-Lago, los términos "seguro social" y "seguridad social" se usan como sinónimos pero desde el punto de vista técnico connotan conceptos diferentes. Mesa-Lago señala textualmente:

El seguro social tiende a limitar su cobertura a la fuerza de trabajo asalariada y a algunos de sus dependientes; se financia con contribuciones de los asegurados y los empleados (y a menudo también del Estado); otorga beneficios relacionados por

CUADRO 1
MÉXICO. POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS-ISSSTE)
1987-1997

Concepto	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997 ^e
<i>Miles de personas</i>											
Total ¹	41 693	42 481	45 058	46 877	47 460	46 108	45 656	45 656	43 570	46 572	49 216
IMSS	34 336	35 066	37 213	38 575	38 953	37 465	36 737	36 554	34 324	37 261	39 805
ISSSTE	7 357	7 415	7 845	8 302	8 507	8 643	8 919	9 102	9 246	9 311	9 411
Asegurados permanentes y eventuales	10 852	11 015	12 023	12 776	13 352	13 415	13 424	13 711	13 112	14 083	14 927
IMSS	8 757	8 917	9 926	10 764	11 333	11 369	11 317	11 561	10 932	11 895	12 722
ISSSTE	2 095	2 098	2 097	2 012	2 019	2 046	2 107	2 150	2 180	2 188	2 205
Familiares de asegurados	28 918	29 319	30 733	31 584	31 471	29 917	29 231	28 751	27 074	28 931	30 480
IMSS	23 915	24 313	25 335	25 674	25 392	23 755	22 884	22 299	20 533	22 366	23 866
ISSSTE	5 003	5 006	5 398	5 910	6 079	6 162	6 347	6 452	6 541	6 565	6 614
Pensionados	1 103	1 230	1 317	1 378	1 436	1 492	1 602	1 701	1 804	1 903	2 037
IMSS	964	1 063	1 129	1 174	1 218	1 259	1 352	1 433	1 522	1 603	1 719
ISSSTE	139	167	188	204	218	233	250	268	282	300	318
Familiares de pensionados	820	917	985	1 139	1 201	1 283	1 399	1 492	1 580	1 655	1 772
IMSS	700	773	823	963	1 010	1 082	1 184	1 261	1 337	1 397	1 498
ISSSTE	120	144	162	176	191	201	215	231	243	258	274
<i>Porcentajes</i>											
Asegurados respecto al total de derechohabientes	26.2	26.9	26.7	27.3	28.1	29.1	29.4	30.0	30.1	30.2	30.3
IMSS	25.5	25.4	26.7	27.9	29.1	30.3	30.8	31.6	31.8	31.9	32.0
ISSSTE	28.5	28.3	26.7	24.2	23.7	23.7	23.6	23.6	23.6	23.5	23.4
Asegurados permanentes respecto al total de asegurados	84.0	87.1	88.7	88.5	88.7	88.9	88.8	89.0	92.5	91.8	92.6
Pensionados respecto a cada 1,000 asegurados	101.6	111.7	109.5	107.8	107.5	111.2	119.3	124.1	137.6	135.1	136.5
IMSS ²	110.1	119.2	113.7	109.1	107.5	110.7	119.5	124.0	139.2	134.8	135.1
ISSSTE	66.3	79.6	89.6	101.4	108.0	114.0	118.6	124.7	129.4	137.0	144.3

^eCifras estimadas.

¹Debido al redondeo de cifras la suma de los parciales puede no coincidir con el total.

²Incluye asegurados permanentes y eventuales.

Fuente: Ernesto Zedillo Ponce de León, *Tercer Informe de Gobierno 1997*, 1 de septiembre de 1997, Poder Ejecutivo Federal, México.

chos. En 1972, se crean los institutos nacionales de vivienda, el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit) y el Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Fovissste), concretándose así el derecho de los trabajadores asalariados del sector privado y público a contar con una vivienda digna y decorosa previsto en el artículo 123. En 1973 entra en vigor una nueva Ley del Seguro Social que permite la extensión de los servicios médicos del IMSS a otros grupos de mexicanos sin capacidad de pago y núcleos de trabajadores no sujetos a una relación patronal o laboral, básicamente de los sectores rural e indígena, mediante mecanismos de solidaridad social, redistribución salarial, redistribución social de los ingresos y aportes adicionales y específicos del Estado.

La política de seguro social de los años cuarenta y la de seguridad social de los años setenta tuvieron como sello distintivo un fuerte impulso de los principios rectores que le dieron origen a este derecho en el Constituyente de 1917. La solidaridad, la integralidad, el reparto intergeneracional, la subsidiariedad y la universalidad se constituyeron en los ejes rectores de las sucesivas reformas y adiciones a los ordenamientos legales en la materia, situando invariablemente al *Estado, al sector público, como el agente central de la administración de los recursos y beneficios*. Por esta vía tendió a fortalecerse la vertiente social del Estado mexicano. Las grandes instituciones públicas de seguro social se erigieron, por una parte, en los pilares y garantes de la administración, asignación y redistribución de los recursos y beneficios entre la población amparada y, por otra, en los administradores por excelencia de los riesgos sociales inherentes a los modelos de seguro y seguridad social implementados.

lo menos en parte con tales aportaciones, y se organiza en programas diferentes tales (a veces separados), cada uno de ellos referente a un riesgo social (el bienestar social o la asistencia pública se organizan normalmente separados). La seguridad social protege por lo general a casi toda la población contra todos los riesgos sociales; depende de una gran diversidad de recursos financieros (incluida la tributación general); otorga beneficios más uniformes, y unifica los servicios en una organización que integra o coordina los diversos programas (incluida la asistencia pública). En la práctica no resulta siempre fácil la separación de los dos conceptos, ya que algunos países conservan ciertos aspectos del seguro social al mismo tiempo que incluyen algunas características de la seguridad social.

Éste podría ser precisamente el caso del régimen amparado en la Ley del Seguro Social vigente a partir de 1973 en México. Carmelo Mesa-Lago, "Introducción", en *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Carmelo Mesa-Lago (coord.), Lecturas del Trimestre Económico, núm. 58, FCE, primera edición en español, México, 1986, p. 10.

Este periodo resume una primera etapa en la que el modelo de seguro social y, posteriormente, de seguridad social, sus ordenamientos legales e instituciones concomitantes surgen estrechamente asociados a políticas públicas que buscan deliberadamente controlar el conflicto social de la moderna sociedad capitalista y como instrumento de legitimación del nuevo Estado, dando respuesta al mismo tiempo a las demandas económicas, sociales y laborales de una población asalariada en constante expansión. En el plano económico, su nacimiento, desarrollo y consolidación se corresponden con una fase del desarrollo económico nacional, la del patrón de acumulación basado en la sustitución de importaciones, que se sustentó, por lo general, en una incorporación más o menos acelerada de mano de obra a la producción industrial y en una intervención directa e indirecta del Estado en los procesos de acumulación y de formación de empleo.

En este contexto, los planes públicos obligatorios de seguro y de seguridad social, junto con otros instrumentos de política social, permitieron al Estado mexicano un mayor control político de importantes sectores del trabajo asalariado público y privado, su utilización –en virtud de su potencialidad redistributiva– como mecanismo regulador del latente conflicto social entre el capital y el trabajo y, sobre todo, como un medio para la socialización de los costos de la acumulación de capital.

Estas determinaciones no dejarán de estar presentes en el recambio del modelo de seguridad social mexicano iniciado en los años noventa, pero que estará signado por su ajuste o adaptación al conjunto de transformaciones económicas, políticas y sociales iniciadas en la década precedente en México.

A principios de los noventa se produce una importante reforma al régimen de pensiones mexicano que por su naturaleza puede ser vista como el punto de inflexión histórico de la concepción, filosofía y práctica del modelo mexicano de seguridad social. Este periodo abre una segunda etapa de su desarrollo que se corresponde, asimismo, con otro patrón de acumulación capitalista secundario exportador, con una dinámica acelerada de apertura externa y otra lógica de inserción competitiva de la economía nacional al mercado externo; con el desmantelamiento de la propiedad estatal y, con otro nivel y organización de la clase trabajadora que tiende a fracturar el viejo corporativismo sindical, pero con una débil capacidad de respuesta frente a la defensa de sus conquistas sociales y laborales históricas.

Entre 1992 y 1993 se reforman las leyes del Seguro Social, del Infonavit y del ISSSTE para dar lugar al nacimiento de un sistema obligatorio de ahorro forzoso para el retiro denominado Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR 1992/1993) basado en la capitalización individual y en la administración privada de los fondos y de los saldos (estos últimos traducidos en la contratación privada de primas de rentas vitalicias y de sobrevivencia). Asimismo, se dispuso la individuación de las aportaciones por concepto de vivienda de los fondos nacionales de vivienda, Infonavit y Fovissste, respectivamente (véanse cuadros 2 y 3).

En los hechos, el establecimiento del SAR produjo el tránsito del modelo de seguridad social en su apartado previsional basado hasta entonces exclusivamente en el reparto y una gestión pública, hacia otro de dos pilares: el reparto simple (prima media escalonada) y la capitalización individual. Este último, no obstante, complementario del primero. En adelante, el régimen previsional de seguridad social estará determinado por un tipo de gestión mixta pública y privada, pero aún con una fuerte presencia estatal. Desde el punto de vista institucional este nuevo sistema previsional permitiría –entre otros objetivos– mejorar las pensiones de los trabajadores en el momento de su retiro e incrementar el coeficiente de ahorro interno de la economía. Este mecanismo de ahorro forzoso individual fue la antesala de la introducción de una nueva filosofía política y económica al mundo de la seguridad social: la del individualismo y del contrato mercantil privado. Fue la puerta de entrada a la empresa privada financiera a un campo eminentemente social pero con un alto potencial rentable.

Tres años después de la implementación del SAR, en diciembre de 1995, se reforma la Ley del Seguro Social vigente desde 1973 para dar paso a una nueva. La nueva ley, que entró en vigor el 1 de julio de 1997, entre otros aspectos no menos relevantes determina la sustitución definitiva del sistema de pensiones público, de reparto intergeneracional y de beneficios definidos (IVCM, 1944) y del modelo de pensiones de dos pilares, reparto y capitalización individual (SAR, 1992), por otro privado, de capitalización individual y de aportes definidos. Para los trabajadores del sector público se mantiene vigente el régimen de pensiones de dos pilares implementado entre 1992 y 1993 (véanse cuadros 3 y 4).

El nuevo sistema de pensiones privado del IMSS da paso al nacimiento de la industria financiera de las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore) y de las Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (Siefore). Los objetivos de este nuevo modelo

CUADRO 2
IMSS/INFONAVIT. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO,
VIGENTE AL 30 DE JUNIO DE 1997
LEY DEL SEGURO SOCIAL DEROGADA EL 30 DE JUNIO DE 1997
LEY DEL INFONAVIT DEROGADA EL 30 DE JUNIO DE 1997

Seguros (Régimen obligatorio)	Tipo de contribución	Prima (% SBC)	Patrón (% SBC)	Trabajador (% SBC)	Estado (% SBC)	Régimen de beneficios	Gestión	Institución
Seguro de Enfermedades y Maternidad	Tripartito	12.50	8.750	3.125	0.625	Reparto	Pública	IMSS
Seguro de Guarderías	Patronal	1.00	1.00	0	0	Reparto	Pública	IMSS
Seguro de Riesgos de Trabajo	Patronal	2.50 (promedio)	2.50 (promedio)	0	0	Reparto de capitales de cobertura	Pública	IMSS
Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM)	Tripartito	8.50	5.950	2.125	0.425	Reparto	Pública	IMSS
Seguro de Retiro (Sistema de Ahorro para el Retiro, SAR)	Patronal	2.00	1.00	0	0	Capitalización individual (CCI)	Mixta	SHCP/Banca Múltiple y de Desarrollo/CCS
Subtotal		26.50	20.20	5.25	1.05			
(% de contribución bruta)		(70.00)	(38.50)	(25.00)	(5.00)			
(% de contribución neta)				(32.00)	(29.50)			
Fondo de Vivienda (Infonavit)	Patronal	5.00	5.00	0	0	Colectivo	Pública	Infonavit
Total		31.50	25.20	5.25	1.05			

Abreviaturas: IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social; Infonavit, Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; SHCP, Secretaría de Hacienda y Crédito Público; CCS, Compañías Comerciales de Seguros; SBC, Salario base de cotización; CCI, Cuenta de capitalización individual.
Fuente: Elaboración propia con base en Ley del Seguro Social vigente el 30 de junio de 1997 y Ley del Infonavit vigente al 30 de junio de 1997.

CUADRO 3

ISSSTE/FOVISSSTE. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO, VIGENTE
LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO VIGENTE (DOF 22/07/1994)

Seguros, prestaciones y servicios	Tipo de contribución	Prima (% SBC)	Trabajador (% SBC)	Estado (% SBC)	Régimen de beneficios	Gestión	Institución
Seguro de Enfermedades y Maternidad	Bipartita	9.50	2.75	6.75	Reparto	Pública	ISSSTE
Seguro de Jubilación, de Retiro por Edad y Tiempo de Servicios, Invalidez, Muerte y Cesantía en Edad Avanzada e Indemnización Global	Bipartita	7.00	3.50	3.50	Reparto	Pública	ISSSTE
Seguro de Riesgos de Trabajo	Patronal	0.25	0	0.25	Reparto	Pública	ISSSTE
Seguro de Retiro (Sistema de Ahorro para el Retiro, SAR)	Patronal	2.00	0	2.00	Capitalización individual (CCI)	Mixta	SHCP/Banca Múltiple y de Desarrollo/CCS
Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil; integrales de retiro a jubilados y pensionistas; servicios turísticos; promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y de recreación y servicios funerarios	Bipartita	1.00	0.50	0.50	Reparto	Pública	ISSSTE
Prestaciones relativas a préstamos a mediano y corto plazo	Bipartita	1.00	0.50	0.50	Reparto	Pública	ISSSTE
Fondo de Vivienda (Fovissste)	Patronal	5.00		5.00	Colectivo	Pública	Fovissste
(Gastos administrativos del Fovissste)	(Bipartito)	(2.00)	(0.75)	(1.25)			
Total		27.75	8.00	19.75			

Abreviaturas: ISSSTE, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Fovissste, Fondo de la Vivienda del ISSSTE; SHCP, Secretaría de Hacienda y Crédito Público; CCS, Compañías Comerciales de Seguros de (giro exclusivo); SBC, Sueldo base de cotización; CCI, Cuenta de capitalización individual.

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 22 de julio de 1994.

CUADRO 4

IMSS/INFONAVIT. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO VIGENTE
LEY DEL SEGURO SOCIAL VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 1997 (DOF 21/12/95)
LEY DEL INFONAVIT VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 1997 (DOF 6/1/97)

Seguros (Régimen obligatorio)	Tipo de contribución	Prima (% SBC)	Patrón (% SBC)	Trabajador (% SBC)	Estado (% SBC)	Régimen de beneficios	Gestión	Institución
Seguro de Enfermedades y Maternidad (Prestaciones médicas a pensionados por IV, RCV y RT)	Tripartita (Tripartita)	12.50 ¹ (1.50)	—	—	—	Reparto	Pública	IMSS
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	Patronal	1.00	1.00	0	0	Reparto	Pública	IMSS
Seguro de Riesgos de Trabajo (RT)	Patronal ²	2.50 (promedio)	2.50 (promedio)	0	0	Reparto/y capitalización individual complementaria (CCI)	Mixta	IMSS/CCS
Seguro de Invalidez y Vida (IV)	Tripartita	2.50	1.75	0.625	7.143% del total de la cuota patronal	Reparto/y capitalización individual complementaria (CCI)	Mixta	IMSS/CCS

CUADRO 4 (Continuación)

Seguros (Régimen obligatorio)	Tipo de contribución	Prima (% SBC)	Patrón (% SBC)	Trabajador (% SBC)	Estado (% SBC)	Régimen de beneficios	Gestión	Institución
Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV)	Tripartita (Patronal)	8.50	2.0	0	0	Capitalización individual	Privada	Afore- Siefore/CCS
Ramo de Retiro	(Tripartita)	2.0	3.150	1.125	7.143% del total de la cuota patronal	(CCI)		
Ramos de Cesantía y Vejez		4.5						
Cuota social	(Estatil)	2-2.2	0	0	2-2.2			
Subtotal								
(aproximado)		28.50	-	-	-			
Fondo de Vivienda (Infonavit)	Patronal	5.00	5.0	0	0	Colectivo	Pública	Infonavit
Total (aproximado)		33.50	-	-	-			

¹ Esta prima corresponde al antiguo régimen, la hemos retomado con fines comparativos. El nuevo esquema financiero corresponde a:

- Una aportación obrera patronal calculada sobre el SBC;
- una aportación fija patronal calculada sobre un porcentaje del salario mínimo del Distrito Federal (SMGDF) a partir de tres salarios, y
- una cuota fija estatal calculada sobre un porcentaje SMGDF.

² Las pensiones por riesgos de trabajo son financiadas por la cuota patronal, así como por los recursos del trabajador acumulados en la CCI del seguro de RCV, por ello el régimen de contribución de este seguro en realidad corresponde a uno de tipo bipartito.

Abreviaturas: IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social; Infonavit, Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; SBC, salario base de cotización; CCI, Cuenta de capitalización individual; CCS, Compañías Comerciales de Seguros (de giro exclusivo); Afore, Administradora de fondos para el retiro; Siefore, Sociedad de inversión especializada de fondos para el retiro.

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación*, 21 de diciembre de 1995 y la Ley del Infonavit, *Diario Oficial de la Federación*, 6 de enero de 1997.

de pensiones privado son, como veremos más adelante, básicamente los mismos que le dieron origen al sistema de ahorro para el retiro o SAR 1992/1993.

Más allá de las anteriores consideraciones, cada una de las cuales merecerían un análisis aparte, la reforma de 1995 a la Ley del Seguro Social y de su sistema de pensiones encuentra su determinación en el conjunto de transformaciones sociales, económicas, laborales y financieras a escala local e internacional de los últimos tres lustros.

En el plano externo, la reforma previsional mexicana se da en el marco de una dinámica del movimiento de los mercados financieros internacionales, en los que cobran una mayor presencia los llamados fondos mutualistas o de pensiones. Actualmente se estima que tan sólo en América Latina los depósitos en fondos de pensiones ascienden a 100 000 millones de dólares, correspondientes a 16 millones de trabajadores en los llamados fondos de pensiones privados o Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPS).⁷

En el plano interno, la reforma forma parte de la llamada estrategia económica de cambio o ajuste estructural, también conocida como la reforma económica y social del Estado. Destaca, de este proceso que lleva más de tres lustros, el impulso exacerbado de la política de privatización de activos y actividades públicas. Con la reforma previsional, sin embargo, aquélla se hace extensiva a una actividad eminentemente social.

La reforma se corresponde con el proceso de liberalización comercial y financiera de la economía mexicana concertado en el Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLCAN). Como veremos más adelante, sin ningún plazo de gracia, desde el arranque del nuevo sistema de pensiones privado o de la industria financiera de las Afore participan en este mercado instituciones filiales del exterior.

La reforma tiende a ajustar el régimen de seguridad social al modelo económico o patrón de acumulación vigente, que se sustenta en un mayor grado de explotación de la fuerza de trabajo y flexibilización laboral. La débil capacidad de absorción de empleo, su inestabilidad y precariedad, y la constante depresión del valor real del salario medio observada desde 1976, son factores que tornaron inviable el

⁷ Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones (FIAFP), *Informe Internacional*. La FIAFP reúne a empresas previsionales de 16 países entre ellos Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú, Uruguay y Venezuela. La primera reunión de la FIAFP tuvo lugar en Lima, Perú, del 16 al 18 de abril de 1997, en *El Economista*, México, 10 de abril de 1997.

financiamiento del sistema clásico o tradicional de pensiones basado en el reparto intergeneracional. El estancamiento del empleo público en los últimos cinco lustros, el estancamiento del empleo privado en los años ochenta y su lento crecimiento en los noventa, el crecimiento del trabajo informal, así como la caída de los salarios reales, impactan de manera directa la cobertura e ingresos de las instituciones de seguridad social. La reforma del sistema de pensiones estatal, de reparto y beneficios definidos por otro privado, individual y de aportes definidos, conlleva a la ruptura de los nexos solidarios entre los trabajadores de una generación y entre una generación y otra.

En una dinámica de corto plazo y en el contexto de apertura comercial, la reforma de la Ley del Seguro Social en su sentido general busca ser compatible con los procesos de competitividad de la economía mexicana, que se sustenta más en una estructura de precios relativos que en la productividad. El objetivo explícito es disminuir al máximo los costos indirectos de la producción. En tal sentido se inserta, por ejemplo, la modificación del régimen tripartito de financiamiento del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS, que en promedio tiende a reducir la contribución patronal que es compensada por un aumento histórico de la participación estatal.⁸ En el marco de la actual política comercial, el objetivo institucional sería suprimir los impuestos de seguridad social sobre la nómina de las empresas; es decir, hacer recaer sobre el salario de los trabajadores exclusivamente el financiamiento previsional y de salud, cancelando con ello el régimen de contribución tripartito del IMSS.⁹

Finalmente, el sistema de pensiones privado ha sido y es pieza clave de la estrategia de crecimiento económico y, en particular, de la estrategia de ahorro interno de los Planes Nacionales de Desarrollo 1989-1994/1995-2000 y, más recientemente, del Programa Nacional de Financiamiento para el Desarrollo, 1997-2000 (Pronafide).

La estrategia económica vigente da primacía al ahorro por encima de la inversión productiva, es decir, la relación causal va del ahorro a la inversión y no a la inversa.¹⁰ Dada esta visión, se privilegian las políti-

⁸ Comparar cuadros 2 y 4.

⁹ Es el caso del modelo de salud y pensiones chileno, en donde del salario cotizable de los trabajadores 7 por ciento corresponde al seguro de salud, 10 por ciento al seguro de vejez y 2 a 3 por ciento es la prima que cubre el seguro de vida y sobrevivencia.

¹⁰ De acuerdo con la visión keynesiana, la inversión *ex ante* determina el ahorro *ex post* en virtud de que el ahorro depende del ingreso y éste depende de la inversión, de tal forma que, cuando ésta cambia, el ingreso se ajusta en un grado necesario para hacer que la variación del ahorro sea igual que la de la inversión. J.M. Keynes, *Teoría general*

cas de estímulo a la formación e incremento de ahorro financiero y, en un contexto económico deprimido, una de las palancas fundamentales para tal propósito ha sido la conversión de los planes de pensiones de reparto en planes de capitalización individual privada.

En los Planes Nacionales de Desarrollo (PND) 1989-1994/1995-2000, el problema central del crecimiento económico es su financiamiento. No obstante, en el PND 1989-1994 el argumento central de la insuficiencia de financiamiento interno se centró en las grandes transferencias de recursos hacia el exterior del sexenio anterior (1982-1988), de ahí que cambiar el sentido de esta transferencia se presentó como la condición necesaria y suficiente para la recuperación del crecimiento económico. Esta estrategia se complementaría con otros mecanismos de ahorro interno. Uno de ellos fue precisamente la introducción en 1992 y 1993 del Sistema de Ahorro para el Retiro. En cambio, en el PND 1995-2000 la insuficiencia de financiamiento necesario para la inversión y el crecimiento económico se centra en la carencia de ahorro interno y la alta dependencia de la economía del ahorro externo observada durante el sexenio anterior (1988-1994), de ahí que en dicho plan y en el Pronafide 1997-2000 la estrategia rectora para revertir aquellas tendencias sea fomentar el ahorro público y privado asignándole al ahorro externo un papel complementario.

De acuerdo con el diagnóstico del PND 1995-2000, la causa principal del insuficiente crecimiento económico fue la caída sistemática del ahorro interno durante el periodo 1988-1994, que pasó de 22 a menos del 16 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB), a pesar de los cambios estructurales efectuados y la amplia disponibilidad de ahorro externo de esos años. Desde esta perspectiva, la disminución del ahorro interno fue la determinante fundamental del estancamiento económico observado entre 1989 y 1994. En virtud de que durante este periodo el ahorro público se fortaleció (resultado de la venta masiva de activos estatales), la contracción del ahorro privado en más de 7 por ciento del PIB determinó la depresión del ahorro interno.¹¹ Las contradicciones generadas por la estrategia económica adoptada y generalizada a partir de 1988 y, en particular, las políticas de ajuste y estabilización económicas impuestas desde 1982, quedaron fuera de esta explicación.

de la ocupación, el interés y el dinero, Fondo de Cultura Económica, México, 1992, capítulo 13.

¹¹ Poder Ejecutivo Federal, "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000", en *Diario Oficial de la Federación*, 31 de mayo de 1995, p. 72.

Desde la óptica institucional, la caída del ahorro interno, y dentro de éste del ahorro privado, fue resultado de cuatro causas:

- i) La apreciación del tipo de cambio, que promovió una mayor propensión al consumo en detrimento del ahorro;
- ii) la reducción del margen de utilidades de las empresas dado el proceso de apertura comercial y la mayor competencia interna y externa;
- iii) la baja de los impuestos al consumo que dispuso la reforma tributaria de finales de 1990, y
- iv) la mayor disponibilidad de crédito que permitió elevar en el corto plazo la capacidad de compra de las familias y las empresas.¹²

De este diagnóstico se derivaron dos de las cinco líneas de acción para el fortalecimiento del ahorro interno, concretamente vinculadas a la parte privada del ahorro doméstico: la reforma tributaria de abril de 1995 que elevó el impuesto al consumo (IVA) del 10 al 15 por ciento y la reforma a la Ley del Seguro Social de diciembre de ese mismo año que introdujo un nuevo sistema de pensiones privado vigente a partir del 1 de julio de 1997 y, junto con éste, el nacimiento de la industria financiera de las Afore.

Por su parte, el Pronafide 1997-2000 reitera la necesidad de fortalecer el ahorro interno y utilizar como complemento de éste el ahorro externo. Se señala la necesidad de fortalecer el ahorro privado y consolidar el ahorro público. En el primer caso, el énfasis vuelve a recaer en el nuevo sistema de pensiones privado, es decir, en el ahorro forzoso.

● El Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR 1992/1993)

En México, a diferencia de lo ocurrido en otros países latinoamericanos, la reestructuración del sistema de seguridad social ha seguido una ruta gradual y selectiva, en particular en el campo de las pensiones, y el sistema, al "estilo chileno", se viene implementando por etapas y grados. Su antecedente inmediato es el Sistema de Ahorro para el Retiro. El SAR se aplicó a los trabajadores asalariados de los sectores público y privado como un mecanismo adicional de ahorro previsional obligatorio basado en cuentas de capitalización individual y aportes definidos.

¹² *Ibid.*, pp. 72-73.

En los hechos, con el SAR se adoptó en México un nuevo modelo de previsión de dos pilares (reparto y capitalización individual) de gestión mixta (pública y privada). Sin embargo, la capitalización individual se concibió complementaria al sistema estatal de pensiones de reparto vigente en el IMSS y el ISSSTE. De esta suerte, los trabajadores cotizantes al final de su vida laboral recibirían los beneficios de una pensión redistributiva del fondo o ahorro colectivo y un complemento de la misma del esfuerzo de ahorro individual de retiro. Esta última adicionada a los fondos individuados relativos a vivienda (Infonavit y Fovissste) en aquellos casos en los que los trabajadores no hubiesen recibido un crédito para tal fin en el momento de pensionarse.

Los objetivos institucionales del SAR fueron básicamente los siguientes:

- i) Incrementar el ahorro interno para financiar la inversión y estimular la actividad económica nacional;
- ii) mejorar los ingresos de los trabajadores en el momento de su retiro;
- iii) permitir a los trabajadores disponer de recursos al quedar desempleados o incapacitados temporalmente, y
- iv) propiciar el acceso de los trabajadores a los servicios financieros permitiéndoles invertir el producto de su ahorro con la mejor combinación de riesgo y rendimiento.¹³

El SAR se creó en febrero de 1992 para los trabajadores del sector privado mediante una serie de reformas y adiciones a las leyes del Seguro Social y del Impuesto sobre la Renta, que dispusieron la creación de un nuevo seguro en el régimen obligatorio del IMSS, el seguro de retiro, de capitalización individual y aporte definido (Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF, 24 de febrero de 1992).¹⁴ Se dispuso, asimismo, mediante decreto de reformas a la Ley del Infonavit, la vinculación de ésta con el nuevo sistema de pensiones

¹³ Carlos Salinas de Gortari, "Iniciativa de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Impuesto sobre la Renta", en *Diario de los Debates*, año 1, núm. 8, Comisión Permanente, 10 de febrero de 1992.

¹⁴ El 10 de febrero de 1992, el titular del Ejecutivo Federal turnó a la Cámara de Diputados de la LV Legislatura del Congreso de la Unión la Iniciativa por la que se reforma y adicionan diversas disposiciones a la leyes de Seguridad Social y del Impuesto sobre la Renta, que disponía la creación del seguro de retiro en el régimen obligatorio del IMSS y junto con éste el denominado Sistema de Ahorro para el Retiro. El 19 de febrero de ese mismo año fue aprobado el Dictamen con proyecto de decreto respectivo.

para dar paso a la individuación de las aportaciones patronales por concepto de vivienda (mismo DOF). Ese mismo año, el Ejecutivo Federal estableció por decreto la subcuenta de Ahorro para el Retiro en favor de los trabajadores de la Administración Pública Federal y de los poderes Legislativo y Judicial (DOF, 27 de marzo de 1992). En 1993, por decreto que reformó, adicionó y derogó diversas disposiciones de la Ley del ISSSTE, se elevó a rango de ley el SAR para incorporar a la totalidad de los trabajadores del Estado y permitir la individuación de las aportaciones del fondo nacional de vivienda del ISSSTE (DOF, 4 de enero de 1993). Los cuadros 2 y 3 muestran una relación comparativa del régimen de seguridad social del IMSS y del ISSSTE, resultado de la reforma previsional de 1992/1993.

El marco jurídico regulatorio de los llamados sistemas de ahorro para el retiro (IMSS-Infonavit, ISSSTE) y sus participantes se estableció en la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, de nueva creación, y la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar), de naturaleza tripartita, se erigió en el organismo de coordinación, regulación, supervisión y vigilancia del sistema.

Entre las principales características del SAR podemos citar las siguientes:

- i) Cobertura obligatoria;
- ii) aporte definido;
- iii) capitalización individual de seguro de retiro;
- iv) administración mixta de las cuentas de capitalización individual (CCI);
- v) determinación estatal del precio o comisión por administración de la CCI;
- vi) inversión estatal de los recursos del seguro de retiro en créditos a cargo del gobierno federal;
- vii) rendimiento mínimo garantizado para las inversiones estatales del seguro de retiro, y
- viii) administración privada de los saldos por concepto de retiro traducidos en contratación privada de rentas vitalicias. En adelante describimos algunas de estas características en relación con lo dispuesto por la legislación aplicable y las tendencias relevantes del SAR desde su constitución hasta el primer semestre de 1997.

El SAR se implanta de manera obligatoria a todos los trabajadores asalariados de los sectores privado y público cotizantes al IMSS y al

ISSSTE, respectivamente. Para los trabajadores el SAR no implicó un aporte adicional, pero sí para el empleador, que se vio obligado a financiar el nuevo seguro de retiro de capitalización con una prima de 2 por ciento calculada sobre el salario o sueldo base de cotización (SBC) con un límite de aplicación de 25 veces el salario mínimo. Esta prima fue un nuevo aporte patronal adicional al que venía enterando con anterioridad correspondiente a 5 por ciento por concepto de vivienda relativos a los fondos nacionales de vivienda (Infonavit y Fovissste). Dichas aportaciones patronales son deducibles de impuestos.

Por tratarse de un mecanismo individual de ahorro forzoso para el retiro, se dispuso la individuación de las aportaciones del nuevo seguro de ahorro para el retiro y, por vez primera, las de vivienda para abonarse en cuentas abiertas a nombre de cada trabajador en el sistema bancario. En consecuencia, la cuenta de capitalización individual (CCI) se integró por dos subcuentas: la del seguro de retiro (2 por ciento patronal) y la de vivienda (5 por ciento patronal).

Las CCI son operadas por instituciones de crédito o entidades financieras autorizadas por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar). El trabajador elige libremente la institución en la que se depositan sus recursos. El banco o entidad financiera seleccionada recibe las aportaciones patronales del SAR y se encarga del control, individuación y registro contable de los recursos en las cuentas de capitalización individual. Una vez hechos los depósitos, y después del cuarto día de su recepción, los bancos se obligan a transferir los recursos de la subcuenta de retiro al Banco de México y los de la subcuenta de vivienda al Infonavit y Fovissste. Por la operación o administración de las CCI los bancos están autorizados a cobrar una comisión máxima mensual sobre el saldo de la subcuenta de retiro determinada por la Consar. En cualquier momento, si el trabajador así lo desea, puede solicitar directamente el traspaso de los fondos de su CCI de una institución de crédito o entidad financiera autorizada a otra. Por este movimiento el trabajador o la institución seleccionada deberá pagar una comisión máxima determinada por la Consar.

La capitalización individual sólo se aplica a las inversiones con cargo a la subcuenta del seguro de retiro. Los fondos de esta subcuenta se invierten en créditos a cargo del gobierno federal en forma de préstamos. La inversión la lleva a cabo el Banxico actuando por cuenta y orden de los institutos de seguridad social. La tasa de rendimiento de los fondos de retiro no debe ser inferior al 2 por ciento anual, respecto al saldo de los créditos ajustado por la variación porcentual del

Índice Nacional de Precios del mes inmediato anterior al del ajuste. La tasa citada la fija la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, al menos trimestralmente, y una vez descontada la comisión por administración de la subcuenta de retiro no debe ser inferior al 2 por ciento real anual. Este mecanismo en realidad actúa como un rendimiento mínimo garantizado para las inversiones de los recursos de los trabajadores.

El trabajador tiene derecho, por libre elección, a que una parte o la totalidad de los fondos de la subcuenta del seguro de retiro de su CCI sean transferidos a sociedades de inversión administradas por instituciones de crédito, casas de bolsa, instituciones de seguros o sociedades operadoras. Si el trabajador solicita la transferencia de su fondo a sociedades de inversión autorizadas por la Consar, éstas reciben y administran los recursos provenientes de la subcuenta del seguro de retiro de los trabajadores y llevan a cabo su inversión en instrumentos financieros autorizados. En tal caso, dichas sociedades se obligan a responder por los recursos y su rendimiento.

Por su parte, los fondos de la subcuenta de vivienda son transferidos al Infonavit y al Fovissste y se invierten en los términos previstos en los ordenamientos respectivos. Las instituciones de banca múltiple y las entidades financieras autorizadas, en este caso, realizan el proceso de registro contable de los movimientos de esta subcuenta en los términos previstos en ambas leyes.

Por ser el SAR un sistema de previsión complementario al de reparto, los fondos acumulados en la subcuenta del seguro de retiro de las CCI de los trabajadores o sus beneficiarios tienen un fin específico en función del siniestro o derecho adquirido para gozar de una pensión: la contratación de seguros de vida, invalidez o una renta vitalicia con las compañías de seguros autorizadas. En términos generales, el trabajador –y/o sus beneficiarios– tiene derecho a que la entidad financiera que opera su CCI le entregue el saldo acumulado de su subcuenta del seguro de retiro o de ahorro para el retiro en los casos siguientes:

- i) Cuando adquiera el derecho para obtener una pensión por vejez o cesantía en edad avanzada;
- ii) cuando adquiera el derecho a obtener una pensión por invalidez permanente total o parcial, y
- iii) cuando ocurra la muerte del asegurado, en cuyo caso los recursos serán entregados a los beneficiarios designados.

Los requisitos para la obtención de cualesquiera de estos derechos varían en función de la ley de seguridad social o bien de algún plan de pensiones establecido por el patrón o derivado de contratación colectiva. Si no se cumplen los requisitos legales para gozar de alguna pensión derivada de los riesgos previstos, el trabajador y/o sus beneficiarios tienen derecho a recibir en una sola exhibición los saldos acumulados en la subcuenta del seguro de retiro.

El SAR también prevé un esquema de retiros parciales de la subcuenta del seguro de retiro cuando el trabajador se encuentre en los supuestos siguientes:

- i) En caso de que se le declare incapacidad temporal que se prolongue más allá de periodos fijados en términos de las leyes de seguridad social y podrá retirar una cantidad no mayor al 10 por ciento de su subcuenta, y
- ii) en caso de desempleo o que deje de estar sujeto a una relación laboral y podrá retirar una cantidad no mayor al 10 por ciento de su subcuenta. Este último movimiento sólo puede efectuarlo una vez cada cinco años.

Como hemos visto, con el SAR las instituciones de banca múltiple y otras entidades financieras, el Banco de México (Banxico) y las compañías comerciales de seguros pasaron a conformar parte de la nueva fisonomía de la seguridad social: las instituciones de crédito y otras entidades por la competencia por la recaudación de las aportaciones patronales (retiro y vivienda) y administración de las CCI, el Banco de México como depositario e inversionista de los fondos de retiro y las compañías de seguros por la competencia por la venta de planes de pensiones, que irrumpen en el mercado como nuevos productos en su modalidad de rentas vitalicias, seguros de vida y seguros de invalidez.

En el terreno estrictamente financiero, la introducción del SAR –concretamente del seguro de ahorro para el retiro– a las leyes de seguridad social más importantes ha propiciado la transferencia de parte de los fondos previsionales al sistema bancario privado (que a su vez detenta la propiedad de la base de datos del SAR) vía el cobro de comisiones por operación de las cuentas de capitalización individual y la generación de fuentes alternas de financiamiento privado al sector público, pero no existe certidumbre sobre el destino específico del endeudamiento público procedente de los fondos del seguro de retiro. No obstante, estas inversiones han otorgado un tasa promedio de rendimiento anual de 5.2 por ciento real (véase cuadro 5).

CUADRO 5
IMSS-ISSSTE. TASA ANUAL DE RENDIMIENTO
DE LA SUBCUENTA DE RETIRO 1992-1997¹
(Porcentaje)

Año Mes	1992 %	1993 %	1994 %	1995 %	1996 %	1997 %
Enero		5.50	4.50	6.80	4.80	4.80
Febrero		5.50	4.50	6.80	4.80	4.80
Marzo		5.50	4.50	6.80	4.80	4.80
Abril		5.50	5.50	5.80	4.80	4.80
Mayo	2.50	5.50	5.50	5.80	4.80	4.80
Junio	4.00	5.50	5.50	5.80	4.80	4.80
Julio	4.00	5.50	5.50	4.80	4.80	
Agosto	4.00	5.50	5.50	4.80	4.80	
Septiembre	5.10	4.50	5.50	4.80	4.80	
Octubre	5.10	4.50	5.80	4.80	4.80	
Noviembre	5.10	4.50	5.80	4.80	4.80	
Diciembre	5.50	4.50	5.80	4.80	4.80	

¹Esta tasa se aplica al saldo promedio diario mensual de la subcuenta de retiro ajustado por la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor del mes inmediato anterior.

Fuente: Consar, *Informe semestral sobre la situación que guardan los Sistemas de Ahorro para el Retiro*, julio-diciembre de 1997.

El saldo total del SAR (retiro y vivienda) entre el periodo que va de mayo de 1992 al primer semestre de 1997, fue de 103 698.2 millones de pesos, 43 230.0 millones correspondieron a la subcuenta de retiro y 60 468.2 millones a la subcuenta de vivienda (véase cuadro 6). Del total de la subcuenta de retiro, 34 997.9 millones de pesos correspondieron a los trabajadores afiliados al IMSS y 8 232.1 millones a los trabajadores del ISSSTE (véase cuadro 7). Del total de la subcuenta de vivienda, 51 754.3 millones de pesos representaron las aportaciones de los trabajadores afiliados al Infonavit y 8 713.9 millones a los trabajadores afiliados al Fovissste (véase cuadro 8).

En virtud de que la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y sus disposiciones reglamentarias no establecen ningún tipo de candado o límites a la participación de mercado, se ha registrado una alta concentración de recursos del SAR en los procesos de recepción de aportaciones. La evolución de los saldos históricos de las subcuentas del SAR es ilustrativa. Entre mayo de 1992 y el primer semestre de 1997 los tres bancos más grandes del país, Bancomer, Ba-

CUADRO 6
SALDOS HISTÓRICOS DE LAS SUBCUENTAS SAR
POR INSTITUCIÓN BANCARIA, 1992-1997¹
(Millones de pesos y estructura porcentual)

Banco	Subcuentas SAR		Saldo total	Porcentaje
	Retiro	Vivienda		
Bancomer	15 923.4	22 119.0	38 042.4	36.7
Banamex	11 898.5	16 463.1	28 361.6	27.4
Serfin	4 677.3	6 632.9	11 310.2	10.9
Inverlat	2 201.6	2 776.1	4 977.7	4.8
Bital	980.7	1 488.2	2 468.9	2.4
BBV	884.5	1 275.8	2 160.3	2.1
Confía	864.7	1 112.7	1 977.4	1.9
Mexicano	833.8	1 240.5	2 074.3	2.0
Atlántico	703.3	1 053.8	1 757.1	1.7
Citibank	582.0	836.6	1 418.6	1.4
Mercantil	546.9	913.1	1 460.0	1.4
Cremi	526.5	711.6	1 238.1	1.2
Promex	465.7	772.4	1 238.1	1.2
Bancrecer	456.1	738.7	1 194.8	1.2
Banpaís	450.9	646.4	1 097.3	1.1
Unión	386.1	577.4	963.5	0.9
Inbursa	380.2	485.1	865.3	0.8
Banrural	103.2	152.6	255.8	0.2
Bancén	97.4	155.2	252.6	0.2
Banjército	92.9	95.9	188.8	0.2
Obrero	78.3	69.0	147.3	0.1
BNCI	59.3	94.2	153.5	0.1
Banorie	36.6	58.0	94.6	0.1
Bajío	0.0	0.0	0.0	0.0
Total				
SAR	43 230.0	60 468.2	103 698.2	100.0

¹Saldos al cierre del primer semestre de 1997.

Fuente: Consar, *Informe semestral sobre la situación que guardan los Sistemas de Ahorro para el Retiro*, enero-junio de 1997.

namex y Serfin, concentraron el 74 por ciento de la captación. La mitad de este porcentaje, 36.7 por ciento correspondió a Bancomer (véase gráfica 1). En el mismo periodo Bancomer y Banamex concentraron el 64 por ciento de los recursos de la subcuenta de retiro IMSS-ISSSTE (véase gráfica 2) y 63 por ciento de los recursos de la subcuenta de vivienda Infonavit-Fovissste (véase gráfica 3).

CUADRO 7
SALDOS HISTÓRICOS DE LA SUBCUENTA DE RETIRO
POR INSTITUCIÓN BANCARIA, 1992-1997¹
(Millones de pesos y estructura porcentual)

Banco	Subcuenta de retiro			Porcentaje
	IMSS	ISSSTE	Saldo total	
Bancomer	12 286.2	3 637.1	15 923.4	36.8
Banamex	9 813.8	2 084.7	11 898.5	27.5
Serfin	3 505.6	1 171.7	4 677.3	10.8
Inverlat	1 667.5	534.1	2 201.6	5.1
Bital	865.9	114.8	980.7	2.3
BBV	819.0	65.5	884.5	2.0
Confía	732.4	132.3	864.7	2.0
Mexicano	798.6	35.2	833.8	1.9
Atlántico	563.3	140.0	703.3	1.6
Citibank	581.9	0.1	582.0	1.3
Mercantil	544.5	2.4	546.9	1.3
Cremi	455.7	70.8	526.5	1.2
Promex	362.7	103.0	465.7	1.1
Bancrecer	413.6	42.5	456.1	1.1
Banpaís	425.8	25.1	450.9	1.0
Unión	380.9	5.2	386.1	0.9
Inbursa	380.2	0.0	380.2	0.9
Banrural	103.2	0.0	103.2	0.2
Bancén	97.4	0.0	97.4	0.2
Banjército	34.5	58.5	92.9	0.2
Obrero	71.2	7.1	78.3	0.2
BNCI	58.1	1.2	59.3	0.1
Banorie	35.9	0.7	36.6	0.1
Bajío	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	34 997.9	8 232.1	43 230.0	100.0

¹SalDOS al cierre del primer semestre de 1997.

Fuente: Consar, *Informe semestral sobre la situación que guardan los Sistemas de Ahorro para el Retiro*, enero-junio de 1997.

Hasta el cuarto bimestre de 1997, la comisión autorizada a las instituciones de crédito y entidades financieras por administración de las cuentas de capitalización individual fue de 0.8 por ciento anual (calculada sobre el saldo de la subcuenta de retiro), repartida de la siguiente manera: 0.5 por ciento para el banco y 0.3 por ciento para la empresa privada concesionaria de la base de datos del SAR (Procesar).

CUADRO 8
SALDOS HISTÓRICOS DE LA SUBCUENTA DE VIVIENDA
POR INSTITUCIÓN BANCARIA, 1992-1997¹
(Millones de pesos y estructura porcentual)

Banco	Subcuenta de vivienda			Porcentaje
	Infonavit	Fovissste	Saldo total	
Bancomer	17 887.0	4 232.1	22 119.0	36.6
Banamex	14 414.4	2 048.6	16 463.1	27.2
Serfin	5 245.6	1 387.3	6 632.9	11.0
Inverlat	2 540.4	235.6	2 776.1	4.6
Bital	1 395.6	92.6	1 448.2	2.4
BBV	1 208.7	67.0	1 275.8	2.1
Mexicano	1 199.3	41.2	1 240.5	2.1
Confía	1 047.6	65.2	1 112.7	1.8
Atlántico	876.3	177.5	1 053.8	1.7
Mercantil	910.1	2.9	913.1	1.5
Citibank	836.6	0.0	836.6	1.4
Promex	594.1	178.3	772.4	1.3
Bancrecer	690.9	47.8	738.7	1.2
Cremi	666.9	44.7	711.6	1.2
Banpaís	610.0	36.3	646.4	1.1
Unión	573.0	4.4	577.4	1.0
Inbursa	485.1	0.0	485.1	0.8
Bancén	155.2	0.0	155.2	0.3
Banrural	152.6	0.0	152.6	0.3
Banjército	52.5	43.4	95.9	0.2
BNCI	92.9	1.2	94.2	0.2
Obrero	62.2	6.8	69.0	0.1
Banorie	57.2	0.8	58.0	0.1
Bajío	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	51 754.3	8 713.9	60 468.2	100.0

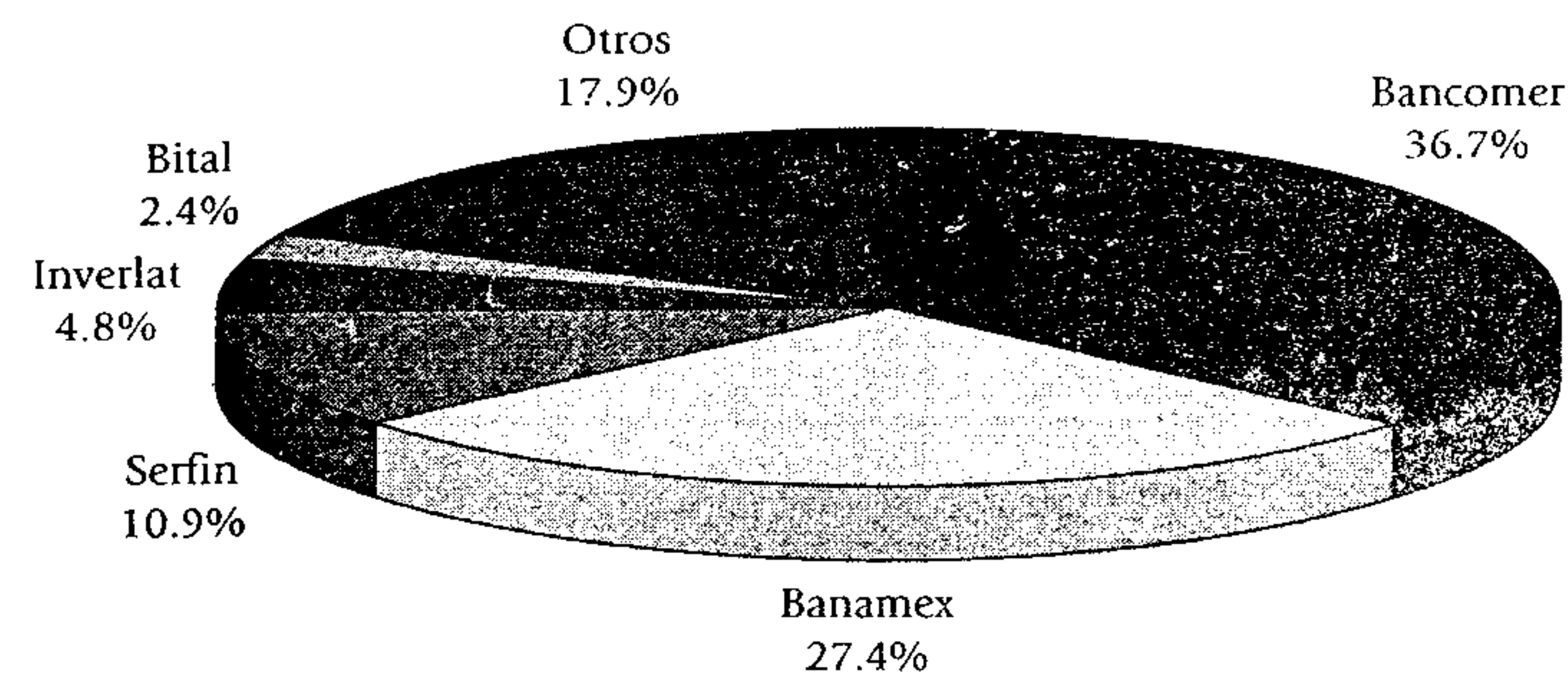
¹SalDOS al cierre del primer semestre de 1997.

Fuente: Consar, *Informe semestral sobre la situación que guardan los Sistemas de Ahorro para el Retiro*, enero-junio de 1997.

Esta reforma previsional de 1992/1993 inicia un proceso de transformaciones profundas al régimen de seguridad social mexicano, del cual pueden destacarse tres procesos: primero, la ruptura gradual-selectiva del régimen clásico de seguridad social seguido en México, particularmente del modelo clásico previsional en un tránsito del seguro social al seguro privado; segundo, se sientan las bases de la ulterior privatización de los fondos de pensiones por vejez y cesantía en

GRÁFICA 1

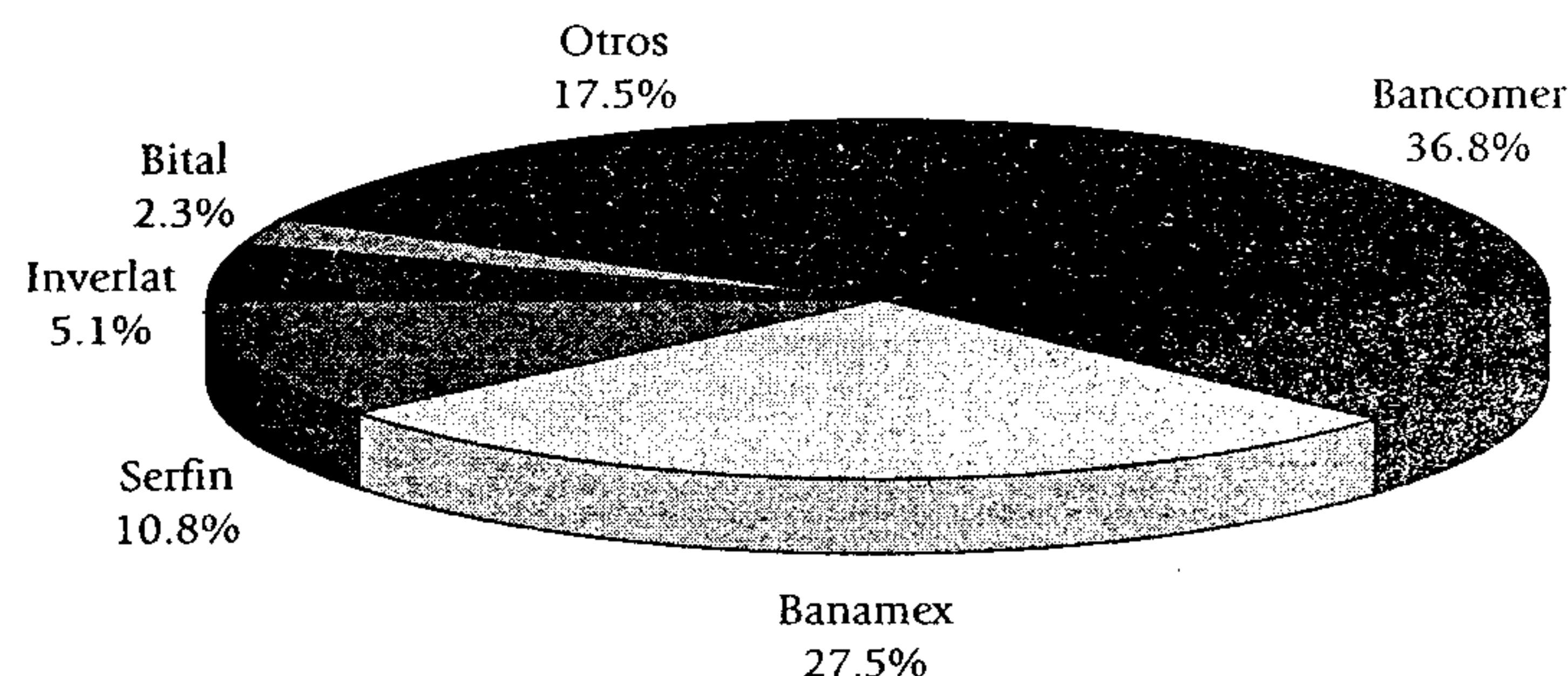
SALDOS DE LAS SUBCUENTAS DEL SAR POR INSTITUCIÓN BANCARIA,
1992-1997
(Retiro y vivienda)



Fuente: Consar, *Informe semestral sobre la situación que guardan los Sistemas de Ahorro para el Retiro*, enero-junio de 1997. Saldo al cierre del primer semestre de 1997.

GRÁFICA 2

SALDOS DE LA SUBCUENTA DE RETIRO POR INSTITUCIÓN BANCARIA,
1992-1997

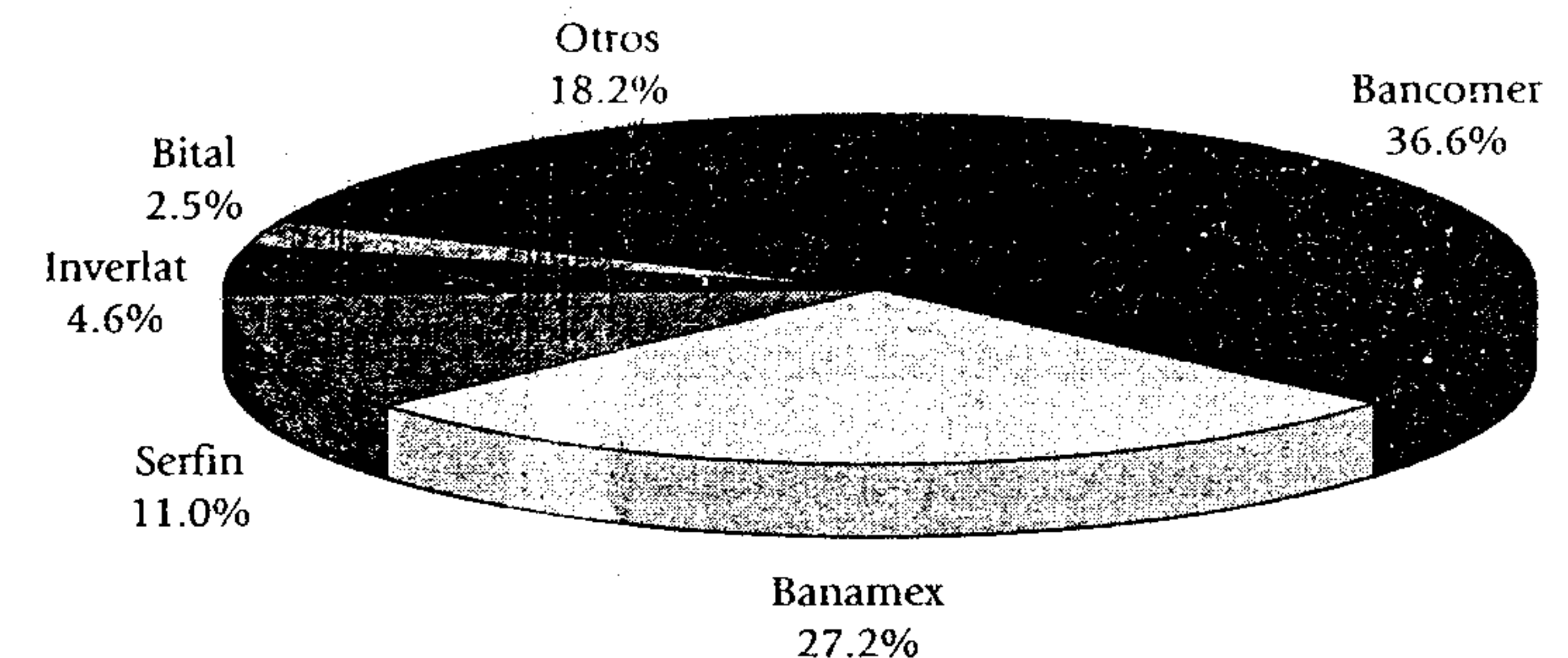


Fuente: Consar, *Informe semestral sobre la situación que guardan los Sistemas de Ahorro para el Retiro*, enero-junio de 1997. Saldo al cierre del primer semestre de 1997.

edad avanzada del régimen del IMSS, y tercero, la apertura a la participación de intermediarios financieros especializados privados, nacionales y extranjeros, en el campo de la previsión social. En una palabra, el nacimiento de un nuevo sistema de pensiones privado y, junto con éste, el de la industria financiera de las administradoras de fondos para el retiro, Afore.

GRÁFICA 3

SALDOS DE LA SUBCUENTA DE VIVIENDA
POR INSTITUCIÓN BANCARIA, 1992-1997



Fuente: Consar, *Informe semestral sobre la situación que guardan los Sistemas de Ahorro para el Retiro*, enero-junio de 1997. Saldo al cierre del primer semestre de 1997.

El nuevo sistema de pensiones privado entró en vigor el 1 de julio de 1997 y se aplicó únicamente a los trabajadores asalariados del sector privado cotizantes al IMSS. Dado el gradualismo de la reforma previsional, es previsible que en un futuro no muy lejano se incorpore a este sistema a los trabajadores al servicio del Estado.

● El nuevo sistema de pensiones privado

A mediados de diciembre de 1995, con el voto en contra de la oposición, el Congreso de la Unión de la LVI Legislatura aprueba el Decreto de Ley del Seguro Social (DOF, 21 de noviembre de 1996).¹⁵ El eje central de esta reforma fue la privatización de la administración e inversión de los fondos de pensiones por vejez y cesantía avanzada y la privatización de la administración y asignación de los beneficios (léase toda clase de pensiones) del IMSS; en otras palabras, el establecimiento de un nuevo sistema de pensiones privado. Entre otros aspectos relevantes, fueron modificadas las bases de cotización de las prestaciones médicas, de riesgos de trabajo y de prestaciones sociales del

¹⁵El 8 de noviembre de 1995 el titular del Ejecutivo Federal turnó al Congreso de la Unión de la LVI Legislatura la Iniciativa de Ley del Seguro Social. Casi un mes después, el 8 de diciembre, con el voto favorable de la mayoría y en contra de la oposición de la Cámara de Diputados se aprueba el proyecto con Decreto de nueva Ley del Seguro Social. La nueva Ley del Seguro Social preveía en su artículo transitorio su entrada en vigor el 1 de enero de 1997, sin embargo este artículo es reformado con el fin de aplazar la entrada en vigor de la nueva ley por seis meses, al 1 de julio del mismo año.

régimen obligatorio, y adicionalmente se creó el seguro de salud para la familia (ssf) dentro del régimen voluntario. Los cuadros 2 y 4 ofrecen una visión comparativa del modelo de seguridad social del IMSS antes y después de esta reforma.

Los argumentos institucionales esgrimidos para reformar la Ley del Seguro Social en 1995 partieron de la tesis de la crisis de financiamiento de la seguridad social, en particular de la crisis financiera de los planes de pensiones públicos y de reparto.¹⁶ De acuerdo con esta visión, tres factores internos afectaban el financiamiento de la seguridad social:

- i) Las condiciones de competitividad inéditas a las que se enfrenta la industria nacional que, básicamente, impiden el aumento de los costos de seguridad social sobre la nómina de las empresas;
- ii) la transición demográfica nacional que se expresa en el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la tasa de natalidad y el aumento de la edad promedio de la población que, a su vez, ejercen una presión sobre los costos previsionales en virtud de que aumenta la relación activo/pasivo así como el periodo de pago de pensiones y prestaciones a los trabajadores asegurados inactivos, y
- iii) la transición epidemiológica nacional que se expresa en la disminución de las enfermedades infecciosas y aumento de las crónico-degenerativas, lo que torna más costosa la atención médica de la población asegurada en condiciones de vejez, cuyos padecimientos más frecuentes se vinculan a este tipo de enfermedades.¹⁷

Con esta lógica, en términos generales la reforma del esquema de financiamiento del seguro de enfermedades y maternidad y del seguro de riesgos de trabajo busca ser compatible con el primer argumento; mientras que la sustitución del régimen de reparto de los ramos de vejez y cesantía en edad avanzada (del seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, IVCM) por otro de capitalización y aportes definidos busca ser compatible con la tendencias demográficas descritas en el segundo argumento.

¹⁶ En 1985, Carmelo Mesa-Lago concluye, de una selección de estudios, por demás interesantes, que en torno a la "Crisis de la seguridad social", en América Latina no existe consenso. Al respecto, el autor expone textualmente que esa actitud representa auténticamente la heterogénea realidad de un tema muy politizado y polarizado, de modo que es más honesto y útil que los estudios que suponen que sólo existe una visión básica y una sola solución en este controvertible campo, Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*

¹⁷ IMSS, *Diagnóstico*, México, marzo de 1995, p. 5; Ernesto Zedillo Ponce de León, *Primer informe de gobierno*, 1995.

Calificada como un laberinto técnico-jurídico difícil de desentrañar, la nueva Ley del Seguro Social (NLSS) que entró en vigor el 1 de julio de 1997 prevé una nueva estructura de financiamiento tripartito para el seguro de enfermedades y maternidad (EM) que alcanzará su plena madurez en el año 2007, y de acuerdo con la óptica institucional eleva en casi siete veces la aportación del Estado y reduce 33 por ciento en promedio la aportación de trabajadores y empresarios en relación con la ley derogada. Para el Ejecutivo Federal el nuevo régimen de aportación tripartita no sólo resolverá la crisis de financiamiento del seguro de EM, sino que estimulará la generación de empleo por la reducción de la aportación patronal que la misma supone.¹⁸ Al respecto, Bloom y Restrepo, a partir de un análisis estático del nuevo esquema de cotización, llegan a las siguientes conclusiones:

- i) Se produce en general una desgravación salarial importante; excepto para las empresas que afilian a trabajadores con un salario inferior a 2.42 veces el salario mínimo, la contribución efectiva del seguro de EM (sumadas las prestaciones en especie y en dinero) se encuentra por debajo de 12.5 por ciento de la ley anterior y a partir de 2.42 salarios mínimos hasta 25 salarios, que es el tope de cotización, se produce una disminución gradual en la contribución, la cual al final se ubica en alrededor de 9 por ciento y
- ii) el efecto sobre la nómina de las empresas depende de la distribución de los salarios: las empresas que pagan entre 1 y 2 salarios deben hacer un esfuerzo significativo, por ejemplo, para quienes pagan un salario mínimo el aporte patronal por cada salario se incrementa en 67 por ciento y el equilibrio con el régimen anterior se alcanza en los 1.7 salarios.

En el primer caso, a Bloom y Restrepo les llama la atención que para los salarios inferiores a los 2.42 salarios mínimos se produzca un aumento de la contribución por el efecto que traería la reforma sobre las empresas más pequeñas y sobre la afiliación a la seguridad social de la población trabajadora en estos niveles salariales, y en el segundo caso existirían dificultades para contratar personal por debajo de los

¹⁸ Ernesto Zedillo, *Tercer informe de gobierno*, 1997. *Avances y retos de la nación*, 1 de septiembre de 1997, p. 18.

1.7 salarios, o al menos existiría una carga importante para propiciar su afiliación en la seguridad social.¹⁹

Estudios alternativos señalan que la adopción del nuevo esquema de financiación no resolverá el déficit de operación histórico de EM, con lo que se refuerzan las tendencias privatizadoras de este seguro,²⁰ hipótesis que no puede ser desechada si se considera que la nueva cuota tripartita global es sólo superior entre 1 y 1.5 por ciento a la anterior a la reforma y, por otra parte, se mantiene vigente el mecanismo de reversión de cuotas que es la vía de promoción de seguros y servicios médicos privados.²¹

No obstante, el cambio del régimen de financiamiento del seguro de enfermedades y maternidad permitió liberar los recursos de los ramos de vejez y de cesantía en edad avanzada del seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte (IVCM), cuyas reservas se invirtieron en el seguro de EM. Ello permitió establecer un nuevo sistema de pensiones privado cuyos actores protagónicos no son precisamente los trabajadores y sus intereses, sino los nuevos intermediarios financieros: las administradoras de fondos para el retiro (Afore), sociedades de inversión especializadas de fondos de ahorro para el retiro (Siefore) y las instituciones de seguros especializadas. El nuevo modelo de pensiones sustituye al modelo de dos pilares (el reparto y la capitalización) del IMSS creado en 1992 con el Sistema de Ahorro para el Retiro. Se extendió el régimen de capitalización individual del SAR a los ramos de Cesantía en edad avanzada y de Vejez, en virtud de que estas contribuciones se traducen en ahorro de largo plazo puesto que prevén la formación de ahorro que asegura un nivel de ingreso en la vejez o al término de la vida productiva de los trabajadores en activo.

¹⁹Erik Bloom y Jairo Restrepo, "Las reformas al financiamiento de la salud en México", en Saúl Osorio y Berenice Ramírez (coords.), *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, IIEC-UNAM, México, 1997, pp. 124-174.

²⁰Asa Cristina Laurell, "La nueva concepción de los servicios de salud" y Ricardo García Sáinz, "Conclusiones: la reforma de la reforma", en Luisa Mussot (coord.), *Alternativas de reforma de la seguridad social*, UAM-Xochimilco, Fundación Friedrich Eberth, México, 1996; Asa Cristina Laurell, "La reforma contra la salud y la seguridad social", Era-Fundación Friedrich Eberth, México, 1997.

²¹Los cambios en materia de salud del IMSS son, a su vez, compatibles con las propuestas del Banco Mundial y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Una visión desarrollada de esta tesis se encuentra en Odilia Ulloa, "Salud y seguridad social: controversias de la reforma", en *Revista del Senado de la República*, vol. 3, núm. 9, México, octubre-diciembre de 1997. Odilia Ulloa, "Nueva Ley del Seguro Social: la reforma previsional de fin de siglo", en *El Cotidiano*, núm. 78, UAM-Xochimilco, septiembre de 1996.

De acuerdo con los objetivos institucionales de la reforma de la Ley del Seguro Social, la extensión del sistema privado de capitalización individual permitirá, por una parte, asignar mejores pensiones y, por otra, incrementar el coeficiente de ahorro interno con los fondos de pensiones y en un círculo virtuoso traducirlos en mayor inversión productiva→crecimiento del empleo→incremento del número de asegurados del régimen→incremento de los ingresos totales del régimen→mayor bienestar social. Cuando se creó el SAR en mayo de 1992, los objetivos fueron los mismos; sin embargo, y contradictoriamente, como el diagnóstico del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 apunta, entre la fecha de su constitución y 1994 el ahorro interno decreció y su inversión no se orientó ni a la generación de inversión productiva ni al crecimiento del empleo, y tampoco se tradujo en el mejoramiento del nivel de bienestar social.

Mediante la sustitución del régimen de pensiones de reparto y beneficios definidos del IMSS por el régimen de pensiones privado, de capitalización individual y aportes definidos, serán transferidos anualmente recursos equivalentes a entre 1.5 y 2 por ciento del Producto Interno Bruto. Esta cuantiosa transferencia de recursos sólo podía ser posible mediante la privatización directa de la administración e inversión de poco más de 50 por ciento de la cuota tripartita del seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte, más la aportación patronal del seguro de retiro del SAR y de una nueva transferencia gubernamental denominada *cuota social* estatal. La reestructuración de este seguro en dos nuevos seguros –de Invalidez y Vida y de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez– sirvió de base para el diseño del nuevo sistema privado de pensiones, dentro del cual también entra el seguro de Riesgos de trabajo. Sin embargo, por ahora, el pilar del régimen de capitalización individual descansa en el seguro de RCV, pero los tres seguros en conjunto forman parte de la nueva estructura previsional privada y dual pública-privada (véase cuadro 9). Su análisis a partir del propio articulado de la nueva Ley del Seguro Social, junto con el de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro –por cierto, una empresa complicada por los laberintos técnicos y conceptuales que contienen ambos ordenamientos–, desentrañan la naturaleza y funcionamiento del régimen privado de pensiones y de capitalización individual que se puso en marcha en nuestro país en enero de 1997, en cuya gestión intervienen dos nuevos intermediarios financieros: Las Afores-Siefores y las compañías comerciales especializadas en seguros de retiro.

El seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez comprende tres ramos de aseguramiento: el de retiro, el de cesantía en edad avanzada y el de vejez. Se trata de un seguro de naturaleza previsional, en tanto prevé un nivel de ingreso para el trabajador asegurado al término de su vida activa laboral (65 años por vejez) o bien por cesación involuntaria que lo prive de trabajos remunerados (después de 60 años).

Para tener derecho a las prestaciones de este seguro el trabajador asegurado deberá cumplir dos requisitos: en primer lugar, haber cumplido 65 años de edad en el caso de vejez o 60 en el caso de cesantía y, en segundo, en ambos casos, tener registrado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social un mínimo de 1 250 semanas de cotización, es decir 25 años. En la Ley del IMSS derogada sólo se contemplan 500 semanas de cotización; con la reforma, el *plazo de espera aumenta* en 750 semanas.

En virtud de que este seguro se basa en un régimen de capitalización individual y en una gestión privada, las contribuciones al mismo tienen carácter individual, de ahí que se denominen como *aportes definidos*. Cada trabajador tiene derecho de contar con una Cuenta de capitalización individual (CCI) que para el efecto se abrirá en la Administradora de Fondos para el Retiro (Afores) que el trabajador elija. La CCI estará integrada a su vez por tres subcuentas: la subcuenta de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez (RCV), la subcuenta de Vivienda y la subcuenta de Aportaciones voluntarias. En la CCI se depositarán la cuota tripartita obrero-patronal-estatal de los ramos de Cesantía y Vejez, la cuota patronal del ramo de Retiro, la cuota patronal de Infonavit y una *cuota social* adicional a cargo del Estado, que en conjunto ascenderán aproximadamente a 13.5 por ciento del salario base de cotización. Con excepción del 5 por ciento de Infonavit, los recursos del restante 13.5 por ciento serán administrados e invertidos directamente por las Afores-Siefores. En adelante presentamos el desglose correspondiente de esta prima.

Como anteriormente hemos anotado, la reestructuración funcional del seguro de reparto de IVCM consistió en la creación de dos nuevos seguros, por un lado el de Invalidez y Vida (muerte) y, por otro el de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez (RCV) que en este apartado se aborda. Mediante esta reestructuración, la prima tripartita del seguro de IVCM, que hasta julio de 1997 fue de 8.5 por ciento sobre el salario base de cotización, se distribuyó de la siguiente manera: 4 por ciento a la cuota tripartita del seguro de IV y 4.5 por ciento a las obli-

gaciones tripartitas de los ramos de cesantía y vejez del seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez.

De la cuota de 4.5 por ciento por Cesantía y Vejez, 3.15 por ciento le corresponde cubrir al patrón, 1.125 por ciento al trabajador y 0.225 por ciento al Estado. Se suman a esta contribución, por otra parte, la aportación patronal del seguro de retiro de 2 por ciento del SAR –que en la ley derogada está previsto como un seguro independiente, de capitalización individual y complementario del seguro de reparto de IVCM– y, una aportación mensual adicional denominada *cuota social*, por la cual el Estado se obliga a depositar en cada CCI y por día de salario cotizado una cantidad inicial equivalente a 5.5 por ciento del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, que se ajustará trimestralmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) y que representará aproximadamente 2 por ciento sobre el salario base de cotización del trabajador (véase cuadro 9).

Estas aportaciones elevan la prima del seguro de RCV a 8.5 por ciento del salario de cotización (véase cuadro 9) que se abonará junto con la cuota patronal de 5 por ciento por Infonavit en las subcuentas correspondientes de la cuenta individual de retiro de cada trabajador asegurado. Los recursos de estas contribuciones serán enterados al IMSS, y éste, en un plazo no mayor a 10 días hábiles después de la fecha de su cobro efectivo pondrá a disposición dichas cantidades a las Afores, las que a su vez harán entrega de los recursos de la subcuenta de vivienda al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores en los términos de su propia ley.

Los procesos de individuación, operación y administración de las aportaciones del seguro de RCV serán entonces llevados a cabo por las Afore; por este “servicio financiero” cobrarán comisiones a los trabajadores, mismas que deducirán de la subcuenta del seguro de retiro (REV). Las Afore operarán a su vez una o varias Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (Siefore) que tendrán por objeto exclusivo la colocación e inversión de los recursos de los trabajadores depositados en las CCI en los mercados financieros. De acuerdo con la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro,²² las Afore, a

²²La Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro fue aprobada el 19 de abril de 1996 por la diputación del Partido Revolucionario Institucional de la Cámara de Diputados de la LVI Legislatura, exactamente 29 días después de que fuera presentada la iniciativa por el titular del Poder Ejecutivo Federal. Esta ley regula y reglamenta de manera general la participación de las Afore-Siefore y de las compañías de seguros de retiro y demás participantes en los denominados Sistemas de Ahorro para el Retiro. Fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 23 de mayo de ese mismo año.

CUADRO 9
NUEVO SISTEMA DE PENSIONES DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO
LEY DEL SEGURO SOCIAL VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 1997 (DOF 21/12/95)
LEY DEL INFONAVIT VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 1997 (DOF 6/1/97)

Seguros (Régimen obligatorio)	Tipo de contribución	Prima (% SBC)	Patrón (% SBC)	Trabajador (% SBC)	Estado (% SBC)	Régimen de beneficios	Gestión	Institución
Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV)	Tripartita	8.50						
Ramo de Retiro	(Patronal)	2.0	2.0	0	0			
Ramos de Cesantía y Vejez	(Tripartita)	4.5	3.150	1.125	7.143% del total de la cuota patronal	Capitalización individual (CCI)	Privada	Afore- Siefore/CCS
Cuota Social	(Estatul) ¹	2-2.2	0	0	2-2.2			
Seguro de Riesgos de Trabajo (RT)	Patronal ²	2.50 (promedio)	2.50 (promedio)	0	0	Reparto/y capitalización individual complementaria (CCI)	Mixta	IMSS/CCS o Afore
Seguro de Invalidez y Vida (IV)	Tripartita	2.50	1.75	0.625	7.143% del total de la cuota patronal	Reparto/y capitalización individual complementaria (CCI)	Mixta	IMSS/CCS o Afore
Total (aproximado)		13.50	9.400	1.750	-			
Fondo de Vivienda (Infonavit)	Patronal	5.00	5.00	0	0	Colectivo	Pública	Infonavit

¹Esta aportación estatal se calcula sobre un porcentaje del salario mínimo general del Distrito Federal.

²Las pensiones por riesgos de trabajo son financiadas por la cuota patronal, así como por los recursos del trabajador acumulados en la CCI del seguro de RCV, por ello el régimen de contribución de este seguro en realidad corresponde a uno de tipo bipartito.

Abreviaturas: IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social; Infonavit, Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; SBC, Salario base de cotización; CCI, Cuenta de capitalización individual; CCS, Compañías Comerciales de Seguros (de giro exclusivo); Afore, Administradora de fondos para el retiro; Siefore, Sociedad de inversión especializada de fondos para el retiro.

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación* 21/XI/1996 y la Ley del Infonavit DOF (fecha)

través de las Siefore que administren tienen como objetivo exclusivo la obtención de una adecuada rentabilidad y seguridad en las inversiones que realicen del fondo de pensiones que administren y, por lo tanto, sobre las aportaciones de las cuentas individuales de los trabajadores.

Los trabajadores tendrán el derecho de elegir a la Afore que le opere su cuenta individual de retiro; asimismo, podrán elegir dentro de ésta la Siefore a la cual se canalizarán sus recursos, en virtud de que cada Afore podrá operar varias Siefores, cada una con una composición distinta de su cartera de inversiones. Puesto que el objetivo de las Afore-Siefore es obtener un nivel de rentabilidad de las inversiones de los recursos que administren, en la CCI de cada trabajador se depositarán adicionalmente a las partidas por concepto de cuotas arriba definidas los rendimientos que genere su inversión, con la salvedad de que según sea el comportamiento que registre el mercado financiero y los activos financieros en los que se inviertan los recursos, los rendimientos reales pueden ser positivos, negativos o iguales a cero, lo que implicará, por lo tanto, aumentos o disminuciones del capital acumulado en las CCI, correspondientemente.

Considerando todas las partidas, la cuenta de capitalización individual o CCI quedará integrada por los siguientes conceptos:

$CCI = (RCV\ 8.5\% + \text{aportación voluntaria}) \text{ rendimiento} - \text{comisiones}$
donde:

RCV (subcuenta) = 4.5%, prima de los ramos de Cesantía y Vejez;
2%, prima del ramo de Retiro, y
2%, cuota social del Estado

Aportaciones voluntarias (subcuenta) = indefinido

Rendimiento = indefinido

Comisiones = se fijarán libremente por cada Afore.

En la integración de la CCI, como vemos, no se incluye la subcuenta de vivienda puesto que estos recursos no serán capitalizados por las Afore mediante sus Siefore, sino por el Infonavit con base en su propia reglamentación. En esta integración de la CIR debe considerarse también que aquellos trabajadores que por alguna causa quedasen desempleados podrán efectuar, con cargo a la subcuenta de RCV, el retiro equivalente a la cantidad que resulte menor entre 75 días de su propio salario base de cotización de las últimas 250 semanas, o el 10 por ciento del saldo de la propia subcuenta. Dicho retiro sólo po-

drá efectuarse una vez cada cinco años. Asimismo podrá efectuar retiros de la subcuenta de aportaciones voluntarias una vez cada seis meses. Por supuesto, ambas situaciones conllevarán disminuciones del capital o del ahorro acumulado en la CIR, con el agravante de que los retiros de la subcuenta de RCV disminuyen las semanas de cotización.

Habíamos señalado que para gozar de las prestaciones económicas (pensión) y en especie (prestaciones médicas del seguro de Enfermedades y maternidad) de este seguro el trabajador debía cumplir con dos requisitos, el de edad, 65 años por vejez y 60 por cesantía, y en ambos casos, tener reconocidas ante el IMSS un mínimo de 1 250 semanas de cotización. Por tratarse de un régimen de capitalización del ahorro individual de cada trabajador las semanas efectivas de cotización, la densidad de aporte individual (porcentaje del salario que se ahorra para el retiro), la tasa de retorno o rendimiento sobre la inversión y, en virtud de ello, la cuantía del fondo acumulado en cuenta individual de retiro son parte de los elementos determinantes del beneficio individual que cada trabajador obtendrá al final de su carrera laboral. Es aquí donde se muestra el proceso de estratificación de los beneficios obtenidos y la profundización de la desigualdad de los ingresos entre los trabajadores al término de su vida productiva: el centro del régimen de capitalización individual descansa en el "esfuerzo individual". Por lo demás, el cumplimiento del requisito del mínimo de semanas de cotización (1 250 o 25 años) no será la *garantía* de una *pensión esperada* más justa y suficiente con relación a la que otorga el régimen de reparto aún vigente. En todo caso, en el precio de los productos, es decir, de los planes de renta vitalicia y de sobrevivencia, se reflejará el nivel de beneficio esperado. Si el trabajador desea que su beneficio esperado sea superior, sólo tendrá una opción: seguir cotizando después de los 25 años de aportaciones.

En el cuadro 10 hemos resumido las condiciones que según la nueva Ley del Seguro Social deben cumplirse para la obtención de las distintas clases de prestaciones del seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez. De los artículos de la ley correspondientes a este seguro se desprenden por lo menos seis supuestos a los que habrán de ajustarse las *expectativas* de cada trabajador en función de su nivel de ingreso en el largo plazo; los supuestos rigen para los dos ramos, cesantía y vejez:

a) Si el trabajador cumple con los requisitos de edad (65 años por vejez y 60 por cesantía) y reúne un mínimo de 1 250 semanas de cotización y los recursos acumulados en su cuenta individual son suficientes, podrá optar entre las alternativas siguientes:

CUADRO 10
IMSS, SEGURO DE RETIRO, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ (RCV)
(Ley del Seguro Social, vigente a partir del 1 de enero de 1997)

Concepto Supuestos	Requisitos ¹		Saldo (CCI)	Prestaciones	Institución	Monto de la pensión	Gestión
	Años	Semanas de cotización					
a	60 (Cesantía)	1 250	Suficiente	Opción 1. Renta vitalicia y	CCS	Indefinida	Privada
	65 (Vejez)			Opción 2. Retiro programado y Seguro de sobrevivencia	Afore-Siefore/ CCS	Indefinida	Privada
b	Menos de 60 (Cesantía)	Menos de 1 250	Suficiente	Prestaciones médicas (Seguro de Enfermedades y Maternidad)	IMSS	Más del 30% superior a la PMG	Pública
	Menos de 65 (Vejez)			Retiro Anticipado, bajo la forma de: Opción 1. Renta vitalicia	CCS		Privada
c	60 (Cesantía)	Más o igual a 750	Insuficiente	Seguro de sobrevivencia	IMSS	1 SMGDF —	Pública
	65 (Vejez)			Prestaciones médicas (Seguro de Enfermedades y Maternidad)	Afore e IMSS CCS		Pública/ Privada
d	60 (Cesantía)	Menos de 1 250	Insuficiente	Opción 1. Retiro del saldo de la CCI en una sola exhibición	Afore	1 SMGDF (PMG)	Privada
	65 (Vejez)			Opción 2. Seguir cotizando hasta un mínimo de 1 250 semanas	Afore		Privada
e	60 (Cesantía)	750	Insuficiente	Prestaciones médicas (Seguro de Enfermedades y Maternidad)	IMSS		Pública
	65 (Vejez)			Retiro del saldo de la CCI en una sola exhibición	Afore		Privada
f	60 (Cesantía)	Menos de 750	Insuficiente	Prestaciones médicas (Seguro de Enfermedades y Maternidad)	IMSS		Pública
	65 (Vejez)			Retiro del saldo de la CCI en una sola exhibición	Afore		Privada

Abreviaturas: CCI, Cuenta de capitalización individual; Afore, Administradora de fondos para el retiro; Siefore, Sociedad de Inversión Especializada de Fondos para el Retiro; SMGDF, Salario Mínimo General del Distrito Federal; IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social; CCS, Compañía Comercial de Seguros de Retiro; PMG, Pensión Mínima Garantizada.

¹ Los requisitos para la obtención de la pensión son la edad (60 o 65 años) y un mínimo de 1 250 semanas de cotización.

Fuente: Odilia Ulloa, "Nueva Ley del Seguro Social: la reforma previsional de fin de siglo", en *El Cotidiano*, núm. 78, UAM-Xochimilco, agosto de 1996, UAM.

1. Contratar con la compañía comercial de seguros de retiro (ccs) que él mismo elija, un seguro de renta vitalicia y un seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios, que se actualizarán anualmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor. El trabajador no podrá optar por la pensión de renta vitalicia si ésta fuese inferior a la pensión garantizada.²³

Conviene aclarar que el monto del seguro de sobrevivencia será indefinido debido a que la nueva ley sólo dejó para los casos de pensión por Invalidez el pago del 90 por ciento del monto de esta última por viudez y de 20 por ciento por orfandad.

2. Mantener el saldo de su cuenta individual en una Afore y efectuar con cargo a éste retiros programados.²⁴

En ambos casos, el asegurado y sus beneficiarios tendrán derecho a las prestaciones médicas o en especie del seguro de Enfermedades y maternidad

b) Si el trabajador tiene acreditadas menos de 1 250 semanas de cotización podrá pensionarse antes de cumplir las edades establecidas (65 años por vejez y 60 por cesantía) siempre y cuando la pensión que se le calcule en el sistema de renta vitalicia sea superior en más del 30 por ciento de la pensión garantizada, una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios. Después de dicha operación, si se registran recursos excedentes en la cuenta individual del asegurado éste podrá retirarlos en una o varias exhibiciones. El seguro de renta vitalicia y el de sobrevivencia deberán ser adquiridos por el trabajador en la ccs de su elección y se indizarán conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

El trabajador que haya sido pensionado bajo esta modalidad, así como sus beneficiarios, tendrán derecho a las prestaciones médicas o en especie del seguro de Enfermedades y maternidad.

Se trata en los hechos de la modalidad de retiro anticipado, al que previsiblemente sólo accederán aquellos trabajadores asegurados de ingresos altos o muy altos durante su ciclo de vida laboral.

²³ Pensión garantizada es aquella que el Estado asegura y su monto mensual será equivalente a un salario mínimo general para el Distrito Federal, cantidad que se actualizará anualmente, en el mes de febrero, conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (art. 170, ISS).

²⁴ Retiros programados es la modalidad de obtener una pensión fraccionando el monto total de los recursos de la cuenta individual, para lo cual se tomará en cuenta la esperanza de vida de los pensionados, así como los rendimientos previsibles de los saldos (art. 159).

c) Si el trabajador cumple con los requisitos de edad y reúne un mínimo de 1 250 semanas de cotización pero los recursos acumulados en su cuenta individual resultan insuficientes para contratar una renta vitalicia (y el seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios) o un retiro programado, el gobierno federal aportará los recursos complementarios para la obtención de la pensión garantizada y la adquisición de un seguro de sobrevivencia. La pensión garantizada por el Estado será igual a un salario mínimo general para el Distrito Federal y se actualizará anualmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor. Se trata por lo tanto de una *pensión mínima garantizada*.

Esta pensión operará bajo la modalidad de retiros programados en la Afore que administre la cuenta individual del pensionado; una vez agotados los recursos de esta cuenta, la pensión será cubierta directamente por el IMSS con transferencias de recursos fiscales. La prima del seguro de sobrevivencia será cubierta, asimismo, con recursos fiscales, el Instituto contratará este seguro con las compañías comerciales de seguros de retiro.

El asegurado y sus beneficiarios tendrán derecho a las prestaciones médicas o en especie del seguro de Enfermedades y maternidad.

d) Si el trabajador cumple con los requisitos de edad y no reúne el mínimo de 1 250 semanas de cotización y los recursos acumulados en su cuenta individual son insuficientes, podrá elegir entre las alternativas siguientes:

1. Retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición. Si el asegurado tiene cotizadas un mínimo de 750 semanas tendrá derecho, al igual que sus beneficiarios, a las prestaciones en especie o médicas del seguro de Enfermedades y maternidad.

2. Seguir cotizando hasta completar un mínimo de 1 250 semanas para que opere su pensión.

En esta situación, es de esperarse que la pensión a la que podría acceder el asegurado una vez cumplidos 65 años de edad y pueda además seguir contando con algún trabajo remunerado es la pensión mínima garantizada. En el caso de cesantía en edad avanzada el asegurado no tendrá otra opción más que retirar el saldo de su cuenta individual, a menos que pueda ser empleado después de los 60 años de edad para poder seguir cotizando.

e) Si el trabajador cumple con los requisitos de edad y acredita un mínimo de 750 semanas de cotización podrá retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición, en cuyo caso tendrá derecho

a gozar junto con sus beneficiarios de las prestaciones en especie o médicas del seguro de Enfermedades y maternidad.

f) Si el trabajador cumple con los requisitos de edad y acredita menos de 750 semanas de cotización podrá retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición, pero no tendrá derecho a las prestaciones médicas del seguro de Enfermedades y maternidad.

De acuerdo con la nueva ley del IMSS, éstas son las expectativas previstas a las que habrá de ajustarse cada trabajador asegurado de acuerdo con el fondo individual que haya acumulado en un periodo mínimo de 24 años.

El trasfondo de este régimen de *pensiones privado, de capitalización y de aportes definidos* son los elementos determinantes del nivel de ahorro personal en el largo plazo de los trabajadores cotizantes y, por lo tanto, del nivel de bienestar individual al que podrían acceder en la vejez. ¿Cuáles son las variables o elementos determinantes de la cuantía del fondo individual en el largo plazo y, en consecuencia, de la *tasa de remplazo* (porcentaje que representa la pensión con relación a un promedio de ingresos en un número de años definido) bajo este régimen de capitalización individual y aportes definidos?

Como habíamos señalado, éstas son, fundamentalmente, el salario o ingreso personal y su incremento; la cuota social estatal; los aportes voluntarios; la tasa de rendimiento del fondo; el nivel de comisiones; la densidad de aportes, y el número de semanas cotizadas. Así tenemos que:

$$TR = (w, \Delta w, e, a, \alpha, \beta, \sigma, \varepsilon)$$

de donde:

TR = tasa de remplazo

w = salario personal

Δw = incremento salario

e = cuota social estatal

a = aportación voluntaria

α = tasa de rendimiento del fondo

β = nivel de comisiones

σ = densidad de aportes

ε = esperanza de vida.

En su mayoría, estas variables presentan dificultades para su estimación en el largo plazo en virtud de que dependen del comportamiento del ciclo económico. La única variable definida en el modelo

es la cuota social de Estado y podría determinarse un cierto nivel de comisiones; sin embargo, la incertidumbre del modelo se presenta con las variables que difícilmente pueden ser calculadas para periodos tan largos, como la evolución de los salarios; en consecuencia, la densidad de los aportes y la tasa de rendimiento, son las variables que en **última** instancia determinarán la tasa de remplazo o la cuantía de la pensión. En ello estriba la naturaleza incierta del modelo de capitalización, la incertidumbre sobre el nivel de beneficio esperado es una constante en los modelos previsionales de capitalización y las predicciones o estimaciones estadísticas parten siempre de supuestos de un determinado comportamiento o escenario económico, que por lo demás constantemente cambian dada la inherente inestabilidad del ciclo económico.

El riesgo es otro elemento presente en el modelo puesto que la inversión de los fondos previsionales se realizará sobre instrumentos o activos en los mercados financieros, en donde los precios se determinan por el comportamiento de la oferta y la demanda, y por lo tanto el *tipo* de rendimiento sobre la inversión de los recursos previsionales dependerá de estos movimientos. El comportamiento positivo o negativo que registre el tipo de interés se expresará en una relación directamente proporcional sobre el fondo de la cuenta de capitalización individual de cada trabajador; es decir, aumentos o minusvalías de capital. Si bien es cierto que el papel del Estado a través de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) dentro del modelo es la vigilancia y regulación del sistema, sobre esta variable no podrá actuar, si se considera que en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro para el caso de los fondos previsionales que administren e inviertan a las Afore-Siefore no se les obliga a garantizar un determinado nivel de rendimiento mínimo real y positivo.

Según la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, los trabajadores en el uso de su libertad de elección deberán optar entre la mejor combinación entre riesgo y rendimiento, entre una cartera de inversiones de una Siefore y otra. En esta lógica, el trabajador elige, el trabajador apuesta. Es probable que la elección de inversión se oriente mayoritariamente hacia las Siefore cuyas carteras se compongan por valores cuyas características preserven el valor adquisitivo del ahorro de los trabajadores. Es decir, que comportan un menor riesgo pero también un menor rendimiento. Cada Afore estará obligada a contar con al menos una Siefore de esta naturaleza, y el trabajador estará obligado a contar con una cultura financiera que le permita llevar a cabo la decisión más acertada sobre dónde invertir sus recursos.

Un elemento más que debe tomarse en cuenta en la determinación de la cuantía de la pensión es la indización de las rentas vitalicias y de los seguros de sobrevivencia. En la antigua Ley del Seguro Social, las pensiones se indizaban con respecto al salario mínimo general del Distrito Federal, en la nueva Ley del Seguro Social se dispone el ajuste conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) no sólo en el caso del seguro de RCV sino también de los seguros de IV y RT. Como observamos, en los seis supuestos sobre los beneficios a esperar cumpliendo con los requisitos de edad y tiempo de cotización que se establecen para el seguro de RCV se exigirá la compra de pensiones o seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia indizados según los precios. Sin embargo, la pregunta que surge aquí es: ¿quién pagará el costo de la indización?, ¿lo asumirán las compañías de seguros con las que se contraten las rentas vitalicias y los seguros de sobrevivencia o, por el contrario, lo absorberá el trabajador? Al respecto el Banco Mundial, promotor en los países en desarrollo de los modelos previsionales de capitalización individual, señala que:

En los sistemas de ahorro para el retiro obligatorio cada trabajador paga el costo de su propia indización en forma de beneficios iniciales más bajos o tasas de aporte más altos, por oposición a los sistemas de reparto, en los cuales este riesgo se asigna a los trabajadores a fin de proteger a los jubilados. No obstante, en la práctica los jubilados nunca están protegidos con un sistema u otro. En los planes de ahorro obligatorio se puede atenuar el riesgo de la inflación mediante la inversión en acciones y bienes raíces (cuyo valor nominal generalmente aumenta a la par de la inflación), activos externos (para evitar las crisis nacionales), e instrumentos indizados (a fin de traspasar el riesgo a quienes estén más dispuestos a asumirlo).²⁵

Bajo cualquier mecanismo, el riesgo y el costo de la indización de las pensiones en su modalidad de planes de renta vitalicia y de seguros de sobrevivencia recaerán en todo momento en el asegurado, en uno y otro caso, en su calidad de cotizante activo y en la de pensionado.

Teniendo en cuenta cada una de las variables económicas que entran en juego en la determinación del nivel de la pensión, ¿a qué tipo

²⁵ Banco Mundial, "Envejecimiento sin crisis/Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento", en *Informe del Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo*, Washington, 1994, p. 240.

de pensión podrían aspirar los trabajadores bajo este régimen previsional basado en el esfuerzo, aporte y capitalización individuales, considerando entre otras tendencias la inestabilidad recurrente y siempre latente del mercado financiero mexicano –que a su vez, en un marco de liberalización financiera se encuentra determinado por las oscilaciones de los mercados financieros internacionales– en donde se llevarán a cabo las inversiones de los fondos de los trabajadores; la evolución de los salarios en México en los últimos 19 años en los que se ha registrado una caída sistemática de su valor; la segmentación creciente del mercado laboral que se expresa en altos índices de desempleo y crecimiento de la ocupación informal, y la pobreza y desigualdad de los ingresos dentro de la estructura salarial?

De los casi 12 millones de trabajadores permanentes cotizantes al IMSS en 1997, el 69 por ciento percibe entre uno y dos salarios mínimos. De mantenerse esta tendencia en el corto y mediano plazos, serán sólo una minoría los trabajadores que resulten beneficiados con el régimen previsional de capitalización individual, es decir, aquellos que dentro de la estructura salarial perciban ingresos altos. Ello en virtud de tratarse de aportes definidos en donde la cuota fija del Seguro de RCV se traducirá en una densidad mayor de ahorro para los salarios más altos. De no modificarse la estructura salarial es previsible que la gran mayoría de los asegurados obtengan la *pensión mínima garantizada*, es decir, un salario mínimo mensual,²⁶ con el agravante del impacto que ello representaría sobre las finanzas públicas dado que éstas se financiarán con recursos del gobierno federal.

● La industria financiera de las Afore-Siefore: nuevos intermediarios financieros

Es necesario recapitular que la cuota tripartita de 8.5 por ciento del seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, con la nueva Ley del Seguro Social, tiene una gestión privada. Para ello se ha previsto

²⁶ En el sistema de reparto antiguo en el IMSS se tenían registrados 1 200 000 pensionados, de los cuales 90 por ciento recibe la cuantía mínima que es igual a un salario mínimo general que se indiza anualmente conforme al salario mínimo del Distrito Federal. Sin tomar en consideración el impacto inflacionario y el deterioro del valor de los salarios en los últimos tres sexenios, reconoce el Instituto que aun cuando las pensiones son insuficientes, en la actualidad todos los pensionados reciben, en términos reales, más de lo que aportaron. IMSS, *Diagnóstico, op. cit.*, p. 56. Precisamente ésta es una de las características redistributivas de los sistemas de ahorro obligatorio con regímenes de reparto.

tanto en este ordenamiento como en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (en adelante LSAR, DOF 23-V-96), la constitución de nuevas entidades financieras: las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore) y las Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (Siefore).

Las Afore y Siefore son parte de un mismo negocio. Según la LSAR, las Afore tienen entre sus objetivos exclusivos obtener una adecuada rentabilidad y seguridad de las inversiones de los fondos de pensiones que realicen las Siefore que administren. Cada Afore puede operar una o varias Siefore pero están obligadas a contar por lo menos con una Siefore, cuya cartera de valores deberá estar compuesta por valores que preserven el valor adquisitivo del ahorro de los trabajadores.

Las Afore tienen como funciones exclusivas operar y administrar las cuentas individuales de retiro, canalizando a éstas los recursos de las subcuentas de RCV y de aportaciones voluntarias. Se encargarán de individualizar estas aportaciones y canalizarlas a las Siefore que operen con el objeto de que cada trabajador obtenga un rendimiento sobre sus recursos para el retiro.

De acuerdo con el PND 1995-2000, la exposición de motivos de la nueva Ley del Seguro Social y la LSAR, el objetivo estratégico es incrementar el ahorro interno con los fondos de pensiones e impulsar con estos recursos el crecimiento de la inversión productiva, para lo cual las Afore-Siefore se constituyen en intermediarios financieros especializados y operan como sociedades anónimas de capital variable.

Aquel proceso pretende llevarse a cabo en el marco de una formulación abstracta expresada en la Exposición de Motivos de la LSAR:

Se plantea la necesidad de que a través de las Afore, se impulse el desarrollo de los mercados financieros [...] En la medida en que las Afore se desarrollen y consoliden en el mercado financiero, se profundizará la intermediación financiera, con lo que se diversificarán y aparecerán nuevos instrumentos financieros. El aumento en la disponibilidad de recursos en los mercados financieros repercutirá en la disminución de las tasas de créditos para las empresas, en el desarrollo de nuevos instrumentos de deuda, y en el crecimiento de los mercados de capitales.²⁷

²⁷Ernesto Zedillo Ponce de León, "Exposición de Motivos/Iniciativa de Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro", Palacio Nacional, México, 20 de marzo de 1996, p. viii.

La contradicción de esta formulación teórica se presenta entre el objetivo de incrementar la inversión productiva y el de rendimiento de los fondos previsionales. En el primer caso se precisan bajas tasas de interés, esto es, abaratamiento del precio del dinero, mientras que en el segundo, se precisan tasas de interés crecientes y reales para incrementar el fondo de ahorro individual para el retiro de los trabajadores.

Por otra parte, en el capital social de las Afore se permitirá la participación de bancos, casas de bolsa, aseguradoras y capital extranjero. Con el fin de evitar la llamada "contaminación financiera" se prohibirá la participación en el capital social de las Afore a aquellas entidades financieras que reciban apoyos financieros del Fondo Bancario de Protección al Ahorro o del Fondo de Apoyo al Mercado de Valores. La participación directa del capital extranjero en la constitución de Afore esta sujeta a la discrecionalidad de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Habrá filiales extranjeras con participación mayoritaria en el capital social de Afore.

Es previsible que el mercado sea acaparado por aquellas Afore que formen parte de los grupos financieros más fuertes del país –que además se están perfilando ya en este campo con una política de alianzas estratégicas–, en todo caso la desventaja real puede presentarse con las filiales del exterior con mayores recursos y experiencia en el manejo de fondos previsionales, como las Administradoras de Fondos de Pensiones de Chile (AFP). Las AFP chilenas operan en el mercado de fondos previsionales desde 1981 en aquel país e invierten desde 1992 en activos financieros extranjeros. El monto de esta inversión al cierre de 1994 alcanzaba 0.90 por ciento de las carteras de inversión y corresponde a recursos de seis fondos de pensiones de Chile.²⁸

La discusión de la necesidad de una Afore de naturaleza social y pública a la par de privadas pasa a un segundo plano. En el mercado sólo persistirán las mejor situadas en función de los recursos que manejan y su poder de marketing. Por otro lado, tanto la nueva Ley del Seguro Social y la LSAR son altamente ambiguas, en ningún lado de estos dos ordenamientos se indica con toda claridad que podrán constituirse Afore sociales y públicas, con excepción del artículo octavo transitorio de la LSAR, en el que en el último momento se estableció que el IMSS podrá constituir una Afore; sin embargo, ello estará sujeto a la inter-

²⁸Eugenio Valck V. y Eduardo Walker H., "La inversión de los fondos de pensiones/historia, normatividad y resultados", en Sergio Baeza V. y Francisco Margozzini C. (eds.), *Quince años después/Una mirada al Sistema Privado de Pensiones*, Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile, 1995, p. 141.

pretación, otra vez discrecional, que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público realice respecto de lo establecido en la propia Ley del IMSS y en la de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

Se prevé que al sistema de Afore-Siefore se canalicen anualmente recursos de entre 1.5 y 2 por ciento del PIB, lo que representará en un periodo de entre 25 y 30 años alrededor del 60 por ciento del mismo producto. En la LSAR se dispone que en el curso de los primeros cuatro años de operación del sistema ninguna Afore podrá sobrepasar el límite de 17 por ciento de los recursos que se manejen en todo el sistema de ahorro para el retiro y de 20 por ciento en adelante. Sin embargo, bastarían tres o cuatro Afore, cada una administrando un fondo de pensiones equivalente al límite establecido, para controlar la mayor parte de los recursos previsionales de todo el sistema.²⁹

Al sistema de las Afore-Siefore en principio ingresarán alrededor de 40 000 millones de pesos, que es el saldo previsto de los recursos de las subcuentas de retiro del Sistema de Ahorro para el Retiro al cierre de junio de 1997 –si se restan los recursos del Fovissste y de los trabajadores del apartado B– (véase cuadro 7), más los recursos que anualmente ingresen por concepto del seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, es decir, 13.5 por ciento sobre el salario base de cotización del trabajador, del cual las Afore harán entrega al Infonavit del 5 por ciento de la subcuenta de vivienda.

La recepción y administración durante cuatro días de los recursos del SAR por el sistema bancario mexicano ha mostrado una tendencia altamente concentradora (véanse gráficas 1 y 2). Es poco probable que con el nuevo sistema de Afore-Siefore se modifique en el corto plazo este tipo de tendencia, si se toma en cuenta que los bancos podrán participar en el capital social de las Afore. Si bien es cierto que la LSAR prevé límites de concentración del mercado, en el curso de 10 años, si no es que antes, cuando los recursos en el sistema sean de tal proporción, las barreras legales pueden ser modificadas por la manipulación que las Afore puedan ejercer sobre las decisiones de regulación estatal del sistema.

Otro renglón que puede flexibilizarse en el mediano plazo es la inversión de los fondos de pensiones de los trabajadores mexicanos en activos extranjeros. La nueva Ley del IMSS, en su artículo vigésimo octavo transitorio prohíbe que las Siefore inviertan tales recursos en el extranjero. Sin embargo, como en el caso de las AFP chilenas, la propia

²⁹ Este supuesto se confirma en el trabajo de Leticia Treviño, contenido en este libro.

dinámica de creciente acumulación de recursos en el sistema y de limitaciones de los mercados financieros locales para absorberlos, conlleva a su inevitable liberalización externa. Evidentemente en el caso mexicano ello representaría un contrasentido al objetivo de crecimiento del ahorro doméstico para su orientación hacia inversión de tipo productivo local.

Por otra parte, el sistema de Afore-Siefore operará en un inicio sin grandes presiones puesto que las primeras pensiones “puras” que se pagarán dentro del nuevo régimen se harán hasta dentro de 25 o 30 años. Adicionalmente, las cotizaciones de todos los trabajadores activos del IMSS ingresarán sin excepción al régimen, siendo una condición automática y obligatoria para los trabajadores que se den de alta el 1 de julio de 1997. En este último caso, el principio de libertad de elección tan invocado en la legislación no operará: todos los trabajadores que se inscriban por primera vez en el IMSS ingresarán al sistema privado de pensiones. Por su parte, los trabajadores inscritos antes del 1 de julio de 1997 empezarán a cotizar en el nuevo sistema y al llegar a la edad de pensionarse se les estimará la pensión a la que tienen derecho en el nuevo sistema y a la que habrían tenido derecho de haber seguido cotizando en el sistema anterior (es decir, IVCM más SAR). En el supuesto de que el trabajador opte por la pensión estimada con el sistema anterior, el Estado aportará los recursos complementarios a lo acumulado en su cuenta individual de retiro del seguro de RCV para que opere su pensión (Exposición de Motivos y artículo tercero transitorio, ISS). En otras palabras, los trabajadores que lleguen a la edad de pensionarse por cesantía en edad avanzada y vejez y opten por los beneficios de la Ley derogada, recibirán la pensión bajo los supuestos previstos en dicha Ley y además los fondos que se hubieran acumulado en su subcuenta de retiro (SAR); a su vez, lo que hubiesen acumulado en los ramos de vejez y cesantía en edad avanzada serán entregados por las Afore al gobierno federal [art. 13 transitorio, ISS].

Por el contrario, los trabajadores que habiendo cotizado con anterioridad al día 1 de julio de 1997 y llegado el momento de pensionarse decidan acogerse a la pensión que se les calcule con el sistema privado de pensiones, perderán las aportaciones realizadas en el régimen anterior; con la nueva ley sólo les serán reconocidas el número de semanas cotizadas.

El Estado, por su parte, se hará cargo con recursos públicos fiscales del pago de las pensiones en curso en los mismos términos previstos en la Ley del Seguro Social derogada.

En la medida en que todos los cotizantes actuales del IMSS ingresarán al sistema de Afore-Siefore, ¿qué pasará con los recursos acumulados en la subcuenta de retiro del SAR y las nuevas aportaciones de la subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez de aquellos trabajadores que no se decidan por una Afore determinada? Estos recursos se depositarán en la denominada *cuenta concentradora* del IMSS –que está abierta para tal efecto en el Banco de México– durante un plazo máximo de cuatro años contados a partir del día 1 de julio de 1997. Durante ese año la cuenta concentradora garantizará una tasa de rendimiento mínima de 2 por ciento anual sobre los fondos depositados. Una vez cumplido el plazo máximo de cuatro años, si el trabajador asegurado no eligió una Afore, este proceso lo llevará a cabo la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar). Dentro de la Afore o Afores elegidas por la Consar, los recursos de los trabajadores se invertirán en las Siefore cuya cartera de inversión se integre fundamentalmente por títulos cuyas características específicas preserven su valor adquisitivo conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

● Seguros de riesgos de trabajo e invalidez y vida

La nueva Ley del Seguro Social dispone, en caso de presentarse la contingencia por invalidez parcial o total y la muerte del asegurado o del pensionado (seguro de Invalidez y Vida), así como la incapacidad temporal y permanente parcial o total y muerte del trabajador derivada de un accidente de trabajo (seguro de Riesgos de trabajo), prevé la contratación de un seguro de renta vitalicia o temporal y otro de sobrevivencia para el trabajador y sus beneficiarios, cualquiera que fuera el caso, con la compañía de seguros de su preferencia.

En los dos supuestos, aun cuando los recursos para su financiamiento se convierten en fondos administrados por el IMSS bajo un régimen colectivo y de reparto, su destino final es privatizarse en el momento de la compra de la renta vitalicia o temporal y del seguro de sobrevivencia. Así la realización del seguro corre a cargo de una entidad distinta –y seguramente privada– al Seguro Social, cuyas facultades se ven disminuidas (véase cuadro 9).

De esta manera, de la cuota obrero-patronal del seguro de Invalidez y Vida que asciende a 4 por ciento del salario base de cotización, 2.5 por ciento se destinará a cubrir las pensiones, y el restante 1.5 por ciento financiará las prestaciones en especie del seguro de Enfermedades y maternidad de los pensionados y sus beneficiarios en los segu-

ros de Riesgos de trabajo, Invalidez y Vida y de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez (véase cuadro 9).

Hasta aquí todo parecer ir bien. No obstante, al contratar el trabajador los seguros de renta vitalicia o temporal y de sobrevivencia, el IMSS calculará el monto constitutivo necesario y a éste se le restará el saldo acumulado en la cuenta individual del seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez del cotizante, y la diferencia positiva será la suma asegurada que el Instituto deberá entregar a la institución de seguros privada.

A su vez, para cubrir la aportación patronal por el seguro de riesgos de trabajo, las empresas deberán calcular sus montos multiplicando la siniestralidad de las empresas por un factor de prima y al resultado se le sumará el 0.0025 (que es la prima mínima de riesgo). En los hechos se cambia la base de cálculo de la prima por riesgos de trabajo, sujetándola a una fórmula distinta donde se hace a un lado el factor frecuencia, poniendo énfasis en la gravedad de los accidentes. La novedosa fórmula contiene el inconveniente de que los patrones no podrían controlar la gravedad de los accidentes de trabajo, como sí lo harían con la frecuencia al buscar la reducción del número de riesgos de trabajo. La fórmula tendrá, como algunos expertos lo hicieron notar, un impacto desventajoso para la pequeña y mediana empresa. Quizá por ello se incorporó a la ley una disposición en el sentido de que la polémica fórmula deberá ser revisada por el Instituto en julio de 1998, al efecto de determinar el factor de prima que, en última instancia, permita mantener el equilibrio financiero del seguro de Riesgos de trabajo. La prima promedio que pagan las empresas, según datos oficiales, es del 2.5 por ciento sobre el salario base de cotización, que variará en el futuro como resultado de aplicar la fórmula comentada.

Al igual que en el seguro de Invalidez y Vida, en el momento de contratarse una renta vitalicia o temporal y el seguro de sobrevivencia derivados de algún riesgo de trabajo, el IMSS utiliza los recursos de la cuenta individual del seguro de RCV para definir la suma asegurada. Por ello sostenemos que además de su inconstitucionalidad, este precepto desnaturaliza el régimen financiero del seguro de Riesgos de trabajo, antes de responsabilidad patronal exclusiva, y lo convierte en un régimen esencialmente bipartito al disponer de los recursos de la cuenta individual del trabajador, en lugar de que éstos se utilicen para complementar los beneficios derivados del riesgo. Este aspecto es ampliamente tratado por Rocío Santoyo y Héctor Ogaz.

● Bibliografía

- BAEZA V., Sergio y Francisco Margozzini C. (eds.), *Quince años después/Una mirada al Sistema Privado de Pensiones*, Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile, 1995.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, *Informe 1996*, tema especial: "Cómo organizar con éxito los servicios sociales", Washington, noviembre de 1996, pp. 215-216/228-229.
- BANCO MUNDIAL, *Envejecimiento sin crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*, Informe del Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo, Washington, 1994.
- "Decreto de Ley núm. 18.469", en *Diario Oficial de la Federación*, Santiago de Chile, 23 de noviembre de 1985.
- "Decreto de Ley núm. 3.500", en *Diario Oficial de la Federación*, 4 de noviembre de 1980, D.L. núm. 3.500. *Reforma Previsional: comentada y actualizada*, Carlos A. González (ed.), Ediciones Publiley, Santiago de Chile, 1996.
- Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Impuesto sobre la Renta, *Diario Oficial de la Federación*, México, 24 de febrero de 1992.
- Decreto de Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación*, México, 21 de diciembre de 1995.
- Decreto que reforma el párrafo primero del artículo primero transitorio de la Ley del Seguro Social, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 diciembre de 1995, *Diario Oficial de la Federación*, México, 21 de noviembre de 1996.
- Decreto de Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y de Reformas y Adiciones a las leyes General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para Regular las Agrupaciones Financieras, de Instituciones de Crédito, del Mercado de Valores y Federal de Protección al Consumidor, *Diario Oficial de la Federación*, México, 23 de mayo de 1996.
- El Economista*, diario, México, 10 de abril de 1997.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, *Diagnóstico*, México, marzo de 1995.
- KEYNES, J.M., *Teoría General de la ocupación, el interés y el dinero*, Fondo de Cultura Económica, México, 1992.
- LAURELL, Asa Cristina, *La reforma contra la salud y la seguridad social*, ERA-Fundación Friedrich Ebert, México, 1997.
- MESA-LAGO, Carmelo, "Introducción", en Carmelo Mesa-Lago (coord.), *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, primera edición en español, México, 1986, *Lecturas del Trimestre Económico*, número 58.
- MORENO, Pedro, "Elaboración de la política social y transformación del Estado", en Manuel Canto y Pedro Moreno (comps.), *Reforma del Estado y políticas sociales*, UAM-Xochimilco, México, 1994.

- MUSSOT, Luisa (coord.), *Alternativas de reforma de la seguridad social*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco/Fundación Friedrich Ebert, México, 1996.
- OSORIO, Saúl y Berenice Ramírez (coords.), *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, UNAM-Triana Editores, México, 1997.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, *Diario Oficial de la Federación*, México, 31 de mayo de 1995.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, Exposición de Motivos de la Iniciativa de Decreto que Reforma y Adiciona diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Impuesto sobre la Renta, *Diario de los Debates*, Comisión Permanente, año 1, núm. 8, México, 10 de febrero de 1992.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Exposición de Motivos de la Iniciativa de Ley del Seguro Social*, Presidencia de la República, México, 8 de noviembre de 1995.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, *Criterios Generales de Política Económica para la Iniciativa de Ley de Ingresos y Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente a 1998*, Anexo I, México.
- ULLOA PADILLA, Odilia, "Nueva Ley del Seguro Social: la reforma previsional del fin de siglo", en *El Cotidiano*, núm. 78, UAM-Xochimilco, México, septiembre de 1996.
- _____, "Salud y seguridad social: controversias de la reforma", en *Revista del Senado de la República*, vol. 3, núm. 9, México, octubre-diciembre de 1997.
- ZEDILLO PONCE DE LEÓN, Ernesto, *Primer Informe de Gobierno 1995*, México.
- _____, *Tercer Informe de Gobierno 1997*, Avances y retos de la Nación, 1 de septiembre de 1997.

Las Afores y el mercado financiero: retos y estrategias de inversión

Leticia Felicidad Treviño Saucedo*

El nuevo sistema de pensiones mexicano, basado en la capitalización individual, entró en vigor el 1 de julio de 1997. A ocho meses¹ de la puesta en marcha del nuevo modelo, en este trabajo pretendo presentar la situación actual en lo que se refiere a:

- La confianza en el nuevo sistema de pensiones.
- La cobertura del mercado.
- La capacidad de las Afores para mantener a sus afiliados.
- La actualización del marco normativo.
- Los costos del sistema.
- Las alternativas de inversión de los fondos.

Considero que los puntos anteriores resumen los retos a resolver para consolidar el nuevo sistema.

● Confianza en el nuevo modelo de pensiones

El principal reto del sistema y de los agentes involucrados es brindar a la sociedad en general y a los trabajadores en particular la plena seguridad de que los objetivos que justificaron su creación no sólo son factibles sino demostrar que este sistema es superior al anterior, por lo que el manejo del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) deberá demostrar un control de gestión que garantice su plena transparencia.

Los sistemas de ahorro para el retiro deberán convencer de que contribuirán al fortalecimiento del ahorro interno de los mexicanos y que éste servirá para impulsar el desarrollo nacional de largo plazo, por lo que su manejo deberá demostrar un control de gestión que ga-

* Coordinadora Titular de la Coordinación de Actuaría y Economía del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

¹ Al 12 de marzo de 1998.

rantice su plena transparencia, apoyar el aparato productivo y promover el empleo de carácter permanente. De ahí que resulte relevante la difusión de la gestión no sólo en cuanto a los fondos de pensiones se refiere, sino también para fortalecer los otros dos actores del modelo: el sistema financiero y el aparato productivo del país.

CUADRO 1
ACTORES DEL MODELO

Excedentes de flujos de efectivo	Intermediación financiera	Necesidad de flujos de efectivo
Fondos de pensiones	Mercado financiero	Sector productivo

Entendiendo como productividad la cualidad emergente de los procesos productivos que hace que tiendan a mejorar sistemática e integralmente la maximización de la ganancia, cuyos factores son la inversión productiva, la dirección empresarial, la motivación y la capacitación de los trabajadores, la tecnología y la materia prima, se desprende que también depende de la implementación de una política industrial eficaz el desarrollo económico, y por lo tanto el éxito del propósito central de la reforma pensional.

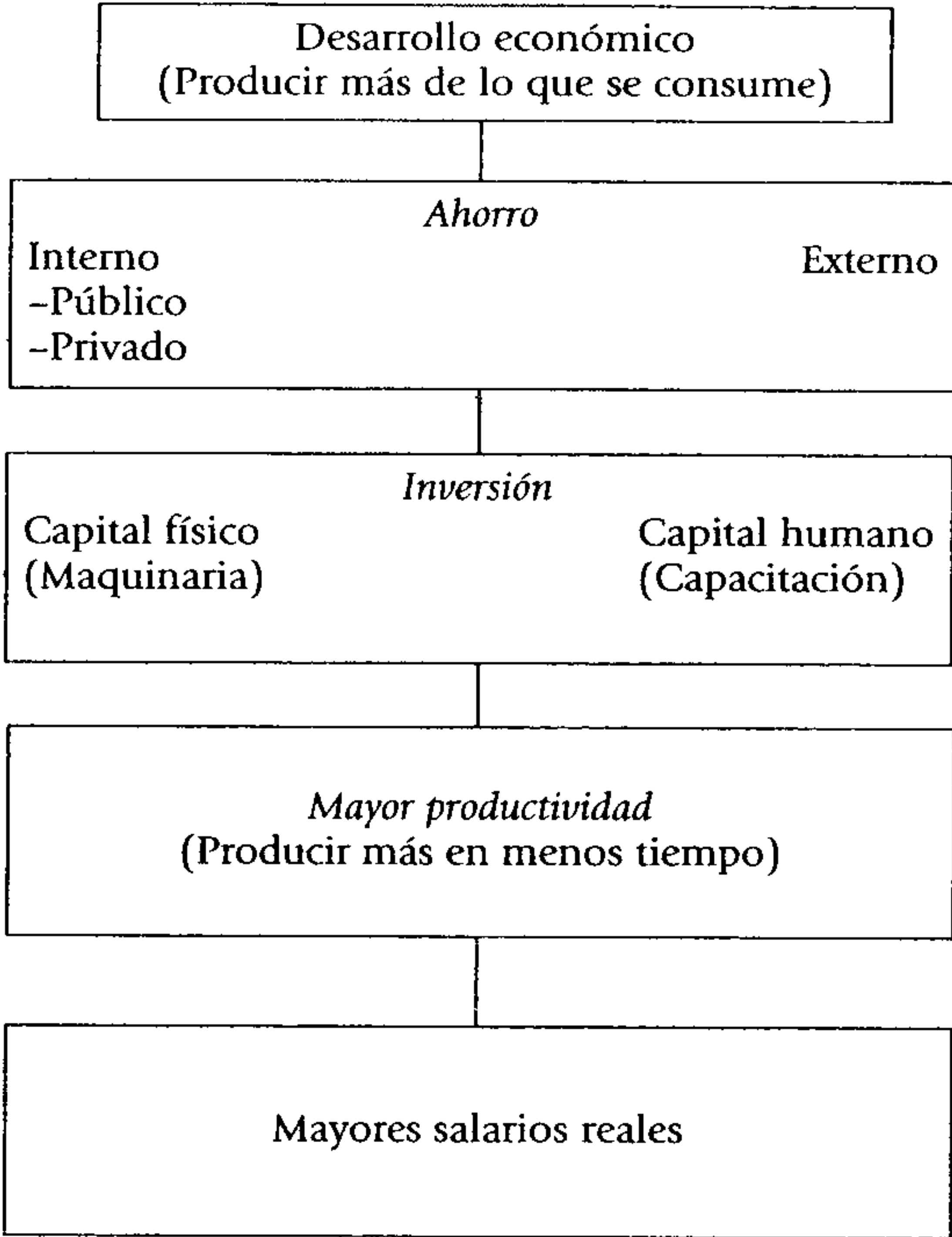
En cuanto a las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores), las responsables de individualizar las cuentas y canalizar los recursos a través de las sociedades de inversión (Siefors) a la inversión productiva, se enfrentarán al reto de ganarse la confianza de los trabajadores, no sólo demostrando una gestión transparente, sino con la garantía de que los recursos se están invirtiendo optimizando las variables de seguridad y rentabilidad.

Los indicadores con que los trabajadores medirán la eficiencia de las Afores son: la calidad del servicio brindado, la rentabilidad ofrecida y los costos del sistema (comisiones).

● Cobertura del mercado

Con objeto de prevenir que en el nuevo sistema se presentaran prácticas monopólicas se fijó una cuota de mercado del 17 por ciento para los primeros cuatro años y 20 por ciento a partir del quinto año de implantado el modelo.

CUADRO 2
DESARROLLO ECONÓMICO



El registro de Afores ante la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar), se dio en dos bloques: 12 en el mes de febrero y siete en forma posterior, dando un total de 17 Afores en operación.

Mediante un acuerdo divulgado el 8 de agosto, la Consar estableció que, de acuerdo con sus estimaciones el universo de los trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) alcanzaría 11 084 597 personas a finales de 1997, y por consiguiente fijó el número máximo de cuentas individuales que podrá registrar cada Afore en 1 884 382. Este número podrá aumentar sólo en la medida en que la Consar amplíe el universo de trabajadores, y su proyección será revisada anualmente. La proyección para 1998 es de 11 743 455 trabajadores activos.² El incremento al universo de trabajadores contem-

² Consar, *Boletín Informativo SAR*, núm. 16, diciembre de 1997, p. 3.

plará varios aspectos como son los trabajadores de nuevo ingreso al mercado laboral, calculados en alrededor de 800 000 anuales, así como los grupos de trabajadores informales que se pretende afiliar al sistema.³

Al 28 de noviembre de 1997 se habían registrado ante la empresa operadora de la Base de Datos Nacional del SAR (Procesar) un total de 10 732 375 trabajadores, lo que significa una cobertura de 96.82 por ciento del mercado. Al 31 de enero de 1988 se han registrado 11 442 460 trabajadores, que representan un 97.36 por ciento del mercado previsto a captar en 1998. Las Afores líderes en el mercado a esta fecha son Bancomer con 1 884 403 registrados (16.04 por ciento), **captando** el 30 por ciento de los recursos totales del sistema y 60 por ciento de los pagos hechos hasta ahora, Santander con un registro de 1 665 509 trabajadores (14.18 por ciento) y Profuturo GNP con 427 482 registros (12.15 por ciento).⁴

La magnitud de las afiliaciones ha superado las expectativas que se tenían cuando entró en operación el primer grupo de Afores, ya que se estimaba que al final de 1997 sólo estarían registrados alrededor de la mitad de los trabajadores.

Este pronóstico conservador hacía pensar que la cuenta concentradora se convertiría en un tema crecientemente controvertible, situación que no ha sido así por la rapidez del proceso de registro al sistema.

El debate actual se refiere a la determinación del universo de trabajadores, ya que existen dos grandes grupos:

- a) Los cotizantes al IMSS activos, proyectados en 11 700 000 para 1998 como se señaló anteriormente, y
- b) los trabajadores inactivos o que ya no cotizan por pasar a la economía informal, o a otro sistema de seguridad social, por ejemplo el ISSSTE, o dejaron de laborar. Este grupo se estima en 5 millones.⁵ En el proceso de afiliación se registraron trabajadores de ambos grupos, por lo que la pugna actual de las Afores es que se considere la suma de ambos grupos como el universo total de trabajadores por afiliar al actual sistema de pensiones.

³A. Aguilar, "Nombres, nombres y... nombres", 1998, p. 3.

⁴L. Flores, "Avance del 97.36 por ciento en la afiliación al nuevo sistema de pensiones", 1998, p. 20.

⁵H. Rebollo, "Mesa de negocios", 1998, p. 6.

En el cuadro 3 observamos que a 10 meses de iniciado el registro la cobertura del mercado es de un 96.87 por ciento, y que Bancomer, Santander Mexicano, Profuturo GNP, Banamex y Garante cubrieron más del 60 por ciento de su cuota de mercado –en el caso de Bancomer el 99.27 por ciento–, cubriendo entre las cinco Afores el 66.35 por ciento de la totalidad del mercado de cuentas individuales a esa fecha.

CUADRO 3
AFILIADOS AL SISTEMA AL 28 DE NOVIEMBRE DE 1997

Afore	Aceptados al 28/11/97	% de mercado captado	% del mercado total
1 Bancomer	1 870 677	17.43	16.88
2 Santander	1 610 919	15.01	14.53
3 Profuturo GNP	1 367 780	12.74	12.34
4 Banamex	1 354 604	12.62	12.22
5 Garante	1 151 129	10.73	10.38
6 Bitál	970 326	9.04	8.75
7 Banorte	652 428	6.08	5.89
8 Bancrecer	486 513	4.53	4.39
9 Inbursa	284 717	2.65	2.57
10 Afore XXI	277 901	2.59	2.51
11 Previnter	246 937	2.30	2.28
12 Atlántico-Promex	158 146	1.47	1.43
13 Génesis	109 134	1.02	0.98
14 Tepeyac	92 516	0.86	0.83
15 Confía-Principal	63 128	0.59	0.57
16 Zurich	19 572	0.18	0.18
17 Capitaliza	16 048	0.15	0.14
Total	10 732 375	100.00	96.87

Fuente: Consar, *Boletín Informativo SAR*, núm. 16, diciembre de 1997, p. 3.

Sin embargo se estima que cerca del 30 por ciento de este registro corresponde a trabajadores inactivos que no cotizan al sistema, pero que sí representan un costo para las Afores, según se puede observar en el cuadro 5.

Considerando que en México el 12.95 por ciento –como porcentaje de la nómina–, de las aportaciones al sistema de pensiones es pagado por el patrón, o sea un 74 por ciento del total de la cuota, es de suponer la importancia de la gestión patronal en el proceso de afiliación. Es también de suponer que además de la promoción individual

CUADRO 4
EVOLUCIÓN DE AFILIACIONES A LAS AFORES POR MES

Mes	Afiliados por mes	Total de afiliados	% de mercado total
Febrero de 1997	225 503	225 503	2.03
Marzo	777 333	1 002 836	9.04
Abril	978 934	1 981 770	17.88
Mayo	1 502 206	3 483 976	31.43
Junio	1 433 594	4 917 570	44.36
Julio	1 639 738	6 557 308	59.16
Agosto	1 283 323	7 840 631	71.13
Septiembre	1 495 079	9 335 710	84.22
Octubre	771 512	10 107 222	91.18
Noviembre	625 153	10 732 375	96.82

Fuente: Consar, Boletines informativos SAR, 1997.

CUADRO 5
PORCENTAJE DE TRABAJADORES ACTIVOS
EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE AFILIADOS
(Cifras al 22 de octubre de 1997)

Afore	Porcentaje de activos
Inbursa	86
Bancomer	81
Banamex	81
Zurich	80
Previnter	72
Bitel	71
Atlántico	71
Confía	70
Banorte	64
Bancrecer	64
Capitaliza	57
Génesis	55
Garante	54
Santander	49
Profuturo	42
Tepeyac	32
Siglo XXI	27

Fuente: Ramírez y Carrillo, "Reflejan Afores desempleo", en *Reforma*, 6 de febrero de 1998, p. neg. 1.

CUADRO 6
APORTACIÓN AL SISTEMA DE PENSIONES
(Porcentaje)

Seguro	Antes de la reforma		Después de la reforma	
	IVCM		RCV	IV
Aportaciones al IMSS	8.5		4.5 ¹	4 ²
SAR Retiro	2		2 ¹	
SAR Vivienda	5		5 ³	
Cuota social	0		2* ¹	
Subtotal			13.5	4
Aportaciones totales	15.5	100	17.5	100
Total del patrón	12.95	83.6	12.95	74
Total del empleado	2.125	13.7	2.125	12.1
Total del gobierno	0.425	2.7	2.425	13.9

IVCM Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.

RVC Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

IV Invalidez y vida.

¹ Acumulación a cuentas individuales administradas por las Afores.

² 2.5 por ciento Seguro de Invalidez y Vida y 1.5 por ciento Servicios Médicos a jubilados. Administrados por el IMSS.

³ Administrado por el Infonavit.

* La cuota social equivale al 2 por ciento del salario promedio de los trabajadores afiliados al IMSS. Se fijó en un 5 por ciento del salario mínimo.

Fuente: Sales, Solís y Villagómez, "La reforma al sistema de pensiones el caso mexicano", ITAM, México, 1997, p. 25. Colección Suplemento de la Gaceta de Economía, núm. 4.

se realizó una promoción concentrada en las alrededor de 630 000 empresas existentes en México.

● Posición en el mercado

Para analizar la capacidad de las Afores para mantener a sus afiliados hay que señalar que uno de los principios rectores del nuevo sistema es que cada trabajador tiene el derecho de elegir la Afore que operará su cuenta individual y que deberá contar con elementos que le permitan tomar la mejor decisión.

Si bien se garantiza la libertad de los trabajadores para elegir la Afore de su preferencia, el Legislativo procuró evitar el problema que afecta a otros países y que se deriva de la movilidad ilimitada entre Administradoras, lo que encarece los costos del sistema. Así, se determinó que los trabajadores no se pueden cambiar de Afore por un periodo de un año a menos que ésta incremente las comisiones esti-

puladas en el contrato o se encuentre en un proceso de disolución. Por lo tanto, en el próximo año el reto para las Afores, más que incrementar su afiliación será retener a los trabajadores cuando haya transcurrido el plazo de un año.

Aunque para esas fechas ya se podrá publicar información sobre los rendimientos de los recursos invertidos, no se espera, dadas las restricciones en materia de inversión, que se presenten diferencias sustanciales entre las Siefors. Por lo tanto, el factor de mayor peso en la decisión de permanencia o cambio de Afore será la calidad de los servicios que presten las Administradoras.

Será en el mediano plazo cuando la población tendrá mayor conciencia financiera y más elementos para planear una pensión mejor. Los procedimientos que regularán el traspaso de Afores están aún en discusión entre la Consar y la Asociación Mexicana de Administradoras de Fondos para el Retiro (Amafore).

Asimismo, con objeto de prevenir que en los traspasos de Administradora intervenga como factor de decisión la relación entre el afiliado y el agente de ventas o promotor y que ésta estimule, sobre todo a los cotizantes de altos ingresos, a rotar de Afore para obtener regalos, premios o servicios adicionales, la normatividad mexicana es muy estricta en cuanto a la promoción y la publicidad, prohibiendo cualquier clase de incentivo adicional a los indicadores de calidad y servicio, costos, alternativas de inversión (dado que a partir del segundo año cada Afore podrá tener más de una Siefors con diferente nivel de grado de riesgo y rentabilidad en el portafolio de inversión) y rendimientos.

Otro aspecto relevante en la posición en el mercado es el relativo al nivel de salario de los afiliados. El promedio de ingreso de los trabajadores es de 3.5 veces el salario mínimo. Según se muestra en el cuadro 7, los trabajadores afiliados a 10 de las 17 Afores están por debajo del promedio y el resto son los que lo rebasan. El promedio salarial de los trabajadores que aún permanecen en la cuenta concentradora –los cuales se calculan en alrededor de 3 millones– es de 2.5 veces el salario mínimo, estando por abajo del promedio.⁶

● Evolución del marco normativo

El órgano supervisor y regulador del sistema es la Consar, la cual además de expedir el Reglamento de la Ley del SAR, publicó 17 circulares

⁶J. Castillo, "Tiene la Afore Profuturo el nivel salarial más bajo", 1998, p. neg. 5A.

CUADRO 7
SALARIO PROMEDIO DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA

Afore	Número de veces salario promedio*
Inbursa	8.2
Capitaliza	5.2
Tepeyac	5.0
Bancomer	4.1
Zurich	3.9
Previnter	3.8
Banamex	3.6
Confía	3.1
Garante	2.9
Bitel	2.9
Atlántico	2.8
Bancrecer	2.7
Siglo XXI	2.6
Banorte	2.6
Cuenta Concentradora	2.6
Génesis	2.5
Santander	2.5
Profuturo	2.3

* Salario mínimo promedio diario del D.F. al 1 de diciembre de 1997.

Fuente: Castillo, "Tiene la Afore Profuturo el nivel salarial más bajo", en *Reforma*, 11 de febrero de 1998, p. neg. 5A.

en el transcurso de 1997, referidas específicamente a las reglas de operación de las Siefors y al cobro de comisiones a las Afores de parte de otros participantes del Sistema.

Es de destacarse que está pendiente la publicación de las reglas generales que precisan con más detalle los lineamientos a los que deberán sujetarse las Afores y el Procesar, en cuanto a las operaciones de recepción de recursos e información de las cuentas individuales de los trabajadores, para que los registros y operaciones que se realicen en dichas cuentas sean plenamente identificados, permitiendo con ello que puedan administrar de manera eficiente las cuentas individuales a su cargo.

Otro aspecto regulado parcialmente es relacionado con los traspasos de las cuentas individuales del SAR, de las instituciones de crédito a las Afores, cuyo monto acumulado de 1992 en que dio inicio como complemento al sistema de reparto a noviembre de 1997 por la subcuen-

ta de retiro de los trabajadores afiliados al IMSS es de 37 867 millones de pesos, lo que representa el 33.28 por ciento del total del SAR, administrada por 23 bancos.

CUADRO 8
SALDOS DE LA CUENTA DEL SAR A NOVIEMBRE DE 1997
(Millones de pesos)

	Retiro	%	Vivienda	%	Total SAR	%
IMSS	37 867	80	56 314	85	94 181	83
ISSSTE	9 462	20	10 128	15	19 590	17
Total	47 329	100	66 442	100	113 771	100
En porcentajes						
IMSS	33.3		49.5		82.8	
ISSSTE	8.3		8.9		17.2	
Total	41.6		58.4		100.0	

Fuente: Consar, *Boletín Informativo SAR*, núm. 16, diciembre de 1997.

Dicho traspaso es posterior a la depuración de las cuentas individuales, ya que existe una alta cantidad de duplicidades de cuentas por ausencia de una base de datos central y por la carencia de una Clave Única de Registro de Población (CURP), misma que será implantada más adelante, ya que el control de las cuentas individuales será por el Número de Seguridad Social (NSS). Actualmente el control de las cuentas individuales del SAR es por el Registro Federal de Contribuyentes (RFC). Es importante señalar que el procedimiento para el traspaso de los recursos del SAR a la cuenta individual deberá ser iniciado por el trabajador.

Al 2 de febrero de 1998, siete Afores lograron captar las aportaciones al SAR de 1 131 081 trabajadores, que representan sólo un poco más del 10 por ciento del universo de afiliados. Los recursos que les traspasó el Banco de México fueron 3 331 millones de pesos (8 por ciento del monto de la subcuenta de retiro de los trabajadores afiliados al IMSS a noviembre de 1997).⁷

⁷Sandoval, "El traslado de recursos de los trabajadores depositados en el SAR presionará los costos de operación de las Afore", 1998, p. 21A.

CUADRO 9
SALDOS DE LA SUBCUENTA DE RETIRO
POR INSTITUCIÓN BANCARIA
(Cifras en millones de pesos)

Banco	IMSS	ISSSTE	Saldo total
1 Bancomer	13 357	4 176	17 533
2 Banamex	10 553	2 422	12 975
3 Serfin	3 791	1 354	5 145
4 Inverlat	1 812	604	2 416
5 Bital	947	124	1 071
6 BBV	885	71	956
7 Mexicano	864	40	904
8 Confía	812	152	964
9 Atlántico	612	157	769
10 Mercantil	596	3	599
11 Citibank	638	0	638
12 Cremi	488	77	565
13 Promex	393	125	518
14 Bancrecer	454	50	504
15 Banpaís	427	28	455
16 Unión	403	6	409
17 Inbursa	422	—	422
18 Banoro	105	—	105
19 Banrural	112	0	112
20 Banjército	37	64	101
21 Obrero	60	8	68
22 BNCI	62	1	63
23 Banorienté	38	1	39
24 Bajío	0	—	—
Total	37 867	9 462	47 329

Fuente: Consar, *Boletín Informativo SAR*, núm. 16, diciembre de 1997.

Las Afores que no participaron en la entrega de recursos tendrán que esperar hasta abril de 1998 para ingresar al mecanismo de subastas. Se estima que en 1998 se trasladará sólo el 50 por ciento de los recursos de los trabajadores, lo cual modifica las proyecciones de resultados de operación de las Afores, ya que inicialmente se planeó que el traslado de recursos sería automático. Al elevarse los costos de operación, si las Afores incrementan sus comisiones provocarán una rentabilidad negativa a los recursos de los trabajadores.

CUADRO 10

TRASPASO DE LOS RECURSOS DEL SAR A LAS CUENTAS INDIVIDUALES

Afore	Núm. de cuentas traspasadas	Monto (en millones de pesos)	% de sus afiliados
1 Bancomer	950 000	2 270	50.4
2 Inbursa	125 000	915	41.9
3 Santander	34 000	76	2.0
4 Atlántico Promex	20 000	62	11.1
5 Tepeyac	1 043	4.5	1.1
6 Bancrecer-Dresdner	928	2.17	0.1
7 Confía-Principal	110	1.16	0.1

Fuente: Sandoval, "El traslado de recursos de los trabajadores depositados en el SAR presionará los costos de operación de las Afores", en *El Financiero*, 4 de febrero de 1998.

Asimismo, está pendiente de regular la recepción de las aportaciones voluntarias y los traspasos de cuentas individuales entre las administradoras y los retiros. Las reglas que se adopten impactarán a la estructura de costos de largo plazo de manera muy variable entre las Afores, por lo que en este momento son motivo de discusión entre las mismas Afores y la Consar.

Otro punto relevante a resolver es la consolidación de información de los Indicadores del Sistema y el perfeccionamiento del Boletín Estadístico de la Consar.

● Costos del Sistema

La estructura vigente de las Afores al 31 de octubre de 1997 es la siguiente:

Asimismo existen comisiones decrecientes en el tiempo:

Por otra parte, con objeto de incentivar la permanencia en la Afore existen en algunos casos descuentos por antigüedad y por ahorro voluntario:

De acuerdo con la información sobre la estructura de comisiones, se presenta una evaluación del posible comportamiento que tendría el fondo de retiro en cada una de las Administradoras.

Con el propósito de establecer una comparación entre las comisiones y los resultados de la administración de los fondos de cada una de las Afores se hicieron los siguientes supuestos: un saldo inicial acumulado en cada cuenta de \$500 (el SAR bancario) y flujos de aportación de \$100

CUADRO 11
ESTRUCTURA DE COMISIONES

Afore	Sobre flujo ¹ %	Sobre saldo %	Sobre rendimiento real %	Estados de cuenta adicional	Consulta adicional	Reposición de documentación	Pago retiro programado	Sobre saldo de ahorro voluntario %	Sobre retiros de ahorro voluntario	Sobre saldo de cuentas inactivas %	Descuentos
Atlántico-P	1.40	20 ²							20 ²		Antig.
Banamex	0.20 ³										Antig.
Bancomer	1.70										Ahorro
Bancrecer		4.75 ⁴	\$10		\$10			4.75 ⁴	4.75 ⁴		
Sólida-B	1.00	1.50 ⁴						1.5 ⁴	1.5 ⁴		Antig.
Bital	1.68										Antig.
Capitaliza	1.60										Antig.
Confía-P	0.90	1.00						1.0	1.0		Antig.
Garante	1.68										
Génesis	1.65		7.5 udis			7.5 udis					
Inbursa		33 ²	\$10		\$10			33 ²	33 ²		
Previnter	1.55										
Profuturo	1.70	0.50						0.50	\$5	0.50	
Santander	1.70	1.00						1.00		1.00	
Tepeyac	1.17	1.00	\$3			\$3		1.00		1.00	
Siglo XXI	1.50	0.99						0.99		0.99	
Zurich	0.95	1.25 ⁴					\$10-7	1.25	\$50	1.25 ⁴	

¹ Estos porcentajes se aplican al salario base de cálculo.

² Porcentaje sobre rendimiento real.

³ Esta comisión se cobrará a las aportaciones de RCV correspondientes al cuarto y quinto bimestres de 1997. Sobre la aportación correspondiente al sexto bimestre de 1997 se cobrará el 0.85 por ciento en enero de 1998 y a partir de marzo de 1998 la comisión será del 1.7 por ciento.

⁴ La comisión sobre saldo es menor en los años siguientes.

Fuente: CONSAR, *Boletín Informativo SAR*, núm. 16, diciembre de 1997.

CUADRO 12
AFORES CON COMISIONES DECRECIENTES

<i>Bancrecer-Dresdner</i>		<i>Sólida-Banorte</i>		<i>Zurich</i>	
<i>Año</i>	<i>Comisión %</i>	<i>Año</i>	<i>Comisión %</i>	<i>Año</i>	<i>Comisión %</i>
1997-1998	4.75	Año 1	1.50	1997-1999	1.25
1999-2000	4.50	Año 2	1.42	2000-2002	1.00
2001-2002	3.00	Año 3	1.33	2003-2005	0.90
2003	2.50	Año 4	1.25	2006	0.80
2004-2007	2.00	Año 5	1.17	2007	0.50
2008	1.50	Año 6	1.08	2008	0.40
2009 en adelante	1.00	Año 7	1.00	2009	0.30
		Año 8	0.92	2010	0.20
		Año 9	0.83	2011 en adelante	0.10
		Año 10 en adelante	0.75		

Fuente: Consar, *Boletín Informativo SAR*, núm. 16, diciembre de 1997.

por año durante 25 años. Asimismo, se consideraron cuatro escenarios para tasas de interés real (interés aplicado a las cuentas menos inflación) de 2, 3, 4 y 5 por ciento.

En el cuadro 14 se presenta un resumen de los saldos hipotéticos que tendrían las cuentas individuales de retiro para los escenarios de tasa de interés real arriba citados.

Como se puede observar, bajo condiciones de operación similares, es decir, si todas pagaran lo mismo, para una tasa de interés real del 2 por ciento, las Afores que al final de 25 años presentarían los saldos más altos de las cuentas individuales de retiro serían Inbursa, Previnter y Bancrecer. Para el escenario de tasa de interés real de 5 por ciento, los saldos más altos se constituirían con Previnter, Capitaliza y Génesis.

Ahora bien, a efecto de optimizar los fondos depositados en las cuentas de retiro se realizó un ejercicio que consideró cambio de Afore, buscando a la Administradora con el monto por concepto de comisión anual más bajo.

De esta forma, para todos los casos analizados teóricamente, el inicio de operaciones convendría hacerlo con Inbursa y cambiar a Previnter a los 16 años, para una tasa de interés del 3 por ciento; a los 11 años, para una tasa de interés del 4 por ciento; y a los 8 años, para una tasa de interés del 5 por ciento.

CUADRO 13
DESCUENTOS EN COMISIONES

Bital	Por antigüedad. A la comisión sobre flujo aplicará un descuento de 0.02 por ciento por año, desde el quinto hasta el décimo año.
Banamex	Por antigüedad. A partir del quinto año de permanencia se aplicarán descuentos en la comisión sobre flujo de 0.02 por ciento por cada año que transcurra.
Confía-Principal	Por antigüedad A partir del segundo año comenzará a descontar la comisión sobre el flujo en 0.05 por ciento por año, hasta el décimo año. A partir de éste, la comisión sobre flujo se mantendrá en 0.45 por ciento.
Bancrecer-Dresdner	Por ahorro voluntario. Se aplicará una bonificación mensual equivalente a la mitad de la comisión sobre saldo de la cuenta de ahorro voluntario. Para obtener el monto de la bonificación, el porcentaje respectivo se multiplicará por el saldo promedio de la cuenta mensual de la subcuenta de ahorro voluntario. Dicha bonificación se aplicará a esta subcuenta antes del día 15 de cada mes.
Bancomer	Por antigüedad. Se aplicará un descuento de 0.01 por ciento por año, a partir de haber cumplido dos años de afiliación desde el momento de apertura de la cuenta, hasta llegar a 0.05 por ciento en el sexto año. Dicho descuento se mantendrá en los años subsecuentes.

Fuente: Consar, *Boletín Informativo SAR* núm. 16, diciembre de 1997.

Es conveniente señalar que este estudio fue elaborado considerando que las comisiones que cobrarían las Afores durante los 25 años serían las mismas señaladas en la actualidad, lo cual no es probable, ya que la competencia para ganar la preferencia de los ahorradores para la administración de sus cuentas obligaría a las Afores a una revisión continua de la estructura de comisiones hasta llegar a un punto de equilibrio que seguramente se situaría por debajo del nivel actual.

Asimismo, se consideró la misma tasa de interés real en todas las Administradoras, lo cual en la práctica dependería del portafolio de inversión de cada Siefore.

CUADRO 14
RESUMEN DE SALDOS DE CUENTAS INDIVIDUALES DE RETIRO
(Cifras en pesos de 1997)

	Atlántico	Banamex ¹	Bancrecer	Banorte	Capitaliza	Confía	Génesis	Inbursa	Previnter	Profuturo	Santander	Siglo XXI	Tepeyac	Zurich
1 año	588	585	587	588	587	592	586	607	587	582	580	583	588	591
2% 5 años	952	941	930	952	952	968	946	1 051	954	924	906	922	948	959
10 años	1 441	1 428	1 438	1 444	1 450	1 460	1 438	1 641	1 456	1 380	1 333	1 366	1 418	1 436
15 años	1 971	1 965	2 026	1 976	2 000	1 977	1 983	2 271	2 009	1 871	1 782	1 832	1 912	1 931
20 años	2 544	2 559	2 644	2 542	2 608	2 520	2 584	2 944	2 620	2 400	2 253	2 323	2 431	2 444
25 años	3 164	3 214	3 292	3 144	3 279	3 090	3 247	3 664	3 295	2 970	2 748	2 838	2 976	2 976
1 año	592	590	592	594	592	597	591	611	593	588	585	588	593	596
3% 5 años	982	978	964	989	989	1 006	984	1 078	992	960	942	959	985	997
10 años	1 524	1 533	1 535	1 546	1 556	1 564	1 545	1 717	1 562	1 481	1 430	1 465	1 519	1 538
15 años	2 134	2 176	2 221	2 178	2 214	2 179	2 195	2 422	2 223	2 069	1 969	2 024	2 109	2 127
20 años	2 820	2 921	2 979	2 884	2 976	2 859	2 949	3 201	2 989	2 735	2 563	2 640	2 760	2 770
25 años	3 593	3 785	3 814	3 673	3 859	3 608	3 822	4 062	3 878	3 488	3 218	3 321	3 478	3 470
1 año	596	595	598	599	598	603	596	615	598	593	590	593	599	601
4% 5 años	1 012	1 017	1 000	1 027	1 028	1 045	1 023	1 105	1 031	998	980	996	1 023	1 035
10 años	1 611	1 646	1 638	1 656	1 671	1 675	1 659	1 796	1 677	1 590	1 535	1 571	1 628	1 647
15 años	2 312	2 412	2 438	2 405	2 453	2 406	2 432	2 585	2 463	2 292	2 179	2 238	2 330	2 347
20 años	3 131	3 343	3 365	3 282	3 404	3 252	3 374	3 485	3 419	3 125	2 924	3 010	3 142	3 148
25 años	4 089	4 476	4 439	4 311	4 561	4 232	4 519	4 512	4 583	4 115	3 787	3 904	4 083	4 064
1 año	600	601	603	604	603	608	602	618	603	598	596	599	604	607
5% 5 años	1 043	1 057	1 037	1 067	1 069	1 085	1 063	1 133	1 071	1 038	1 018	1 035	1 063	1 075
10 años	1 703	1 768	1 749	1 775	1 794	1 795	1 781	1 880	1 801	1 707	1 648	1 686	1 746	1 765
15 años	2 505	2 676	2 680	2 658	2 720	2 659	2 698	2 760	2 731	2 541	2 413	2 477	2 577	2 593
20 años	3 480	3 835	3 812	3 744	3 902	3 708	3 869	3 798	3 919	3 579	3 343	3 439	3 587	3 587
25 años	4 665	5 313	5 187	5 080	5 411	4 984	5 362	5 022	5 436	4 873	4 473	4 609	4 814	4 781

¹Se consideran resultados similares en Bancomer, Bital y Garante.

Fuente: Gutiérrez, "Análisis del cobro de comisiones de las Afores", Infonavit, México, 1997.

CUADRO 15
TASA DE INTERÉS REAL DEL 3 POR CIENTO

Año	Aportación anual	Aportación acumulada	Comisión anual	Aportación anual menos comisión	Interés real a otorgar por la Afore	Saldo	Promedio anual de tasa de interés descontando la comisión %
						500.00	
1	100	600	5.45	94.55	16.50	611.05	1.84
2	100	700	6.54	93.46	19.83	724.34	1.74
3	100	800	7.67	62.33	23.20	839.90	1.66
4	100	900	8.81	91.19	26.70	957.79	1.61
5	100	1 000	9.98	90.02	30.23	1 078.04	1.56
6	100	1 100	11.17	88.83	33.84	1 200.71	1.53
7	100	1 200	12.38	87.62	37.52	1 325.85	1.50
8	100	1 300	13.62	86.38	41.28	1 453.51	1.48
9	100	1 400	14.88	85.12	45.11	1 583.74	1.46
10	100	1 500	16.17	83.83	49.01	1 716.58	1.44
11	100	1 600	17.49	82.51	53.00	1 852.09	1.43
12	100	1 700	18.83	81.17	57.06	1 990.32	1.42
13	100	1 800	20.20	79.80	61.21	2 131.33	1.42
14	100	1 900	21.60	78.40	65.44	2 275.17	1.41
15	100	2 000	23.02	76.98	69.76	2 421.91	1.41
16	100	2 100	23.50	76.50	74.16	2 572.57	1.41
17	100	2 200	23.50	76.50	78.88	2 727.75	1.41
18	100	2 300	23.50	76.50	83.33	2 887.58	1.42
19	100	2 400	23.50	76.50	88.13	3 052.21	1.43
20	100	2 500	23.50	76.50	93.07	3 221.78	1.44
21	100	2 600	23.50	76.50	98.15	3 396.43	1.46
22	100	2 700	23.50	76.50	103.39	3 576.32	1.48
23	100	2 800	23.50	76.50	108.79	3 761.61	1.49
24	100	2 900	23.50	76.50	114.35	3 952.46	1.51
25	100	3 000	23.50	76.50	120.07	4 149.03	1.53
Total	2 500	3 000	442.81	2 057.19	1 591.84	4 149.03	1.53

Nota: Cambio de Inbursa a Previnter en el año 16.

Fuente: J. Gutiérrez, "Análisis del cobro de comisiones de las Afores", Infonavit, México, 1997.

La situación más relevante que nos muestran los cuadros anteriores es que a una mayor tasa de interés real, la aportación acumulada en el fondo se incrementa en el más corto plazo, pero dada la comisión sobre saldo, el impacto de ésta sobre la aportación anual es mayor. Por lo anterior, si la comisión sobre saldo no desaparece en el mediano plazo, encarecerá sobremanera los costos del sistema, en detrimento de los afiliados al mismo y de la real acumulación de ahorro interno en el país.

CUADRO 16
TASA DE INTERÉS REAL DEL 4 POR CIENTO

Año	Aportación anual	Aportación acumulada	Comisión anual	Aportación anual menos comisión	Interés real a otorgar por la Afore	Saldo	Promedio anual de tasa de interés descontando la comisión %
						500.00	
1	100	600	7.26	92.74	22.00	614.74	2.46
2	100	700	8.77	91.23	26.59	732.56	2.33
3	100	800	10.33	89.67	31.30	853.53	2.23
4	100	900	11.93	88.07	36.14	977.74	2.16
5	100	1 000	13.57	86.43	41.11	1 105.28	2.11
6	100	1 100	15.25	84.75	46.21	1 236.24	2.06
7	100	1 200	16.98	83.02	51.45	1 370.71	2.03
8	100	1 300	18.75	81.25	56.83	1 508.79	2.01
9	100	1 400	20.58	79.42	62.35	1 650.56	1.99
10	100	1 500	22.45	77.55	68.02	1 796.13	1.97
11	100	1 600	23.50	76.50	73.85	1 946.48	1.97
12	100	1 700	23.50	76.50	79.86	2 102.84	1.97
13	100	1 800	23.50	76.50	86.11	2 265.45	1.99
14	100	1 900	23.50	76.50	92.62	2 434.57	2.01
15	100	2 000	23.50	76.50	99.38	2 610.45	2.03
16	100	2 100	23.50	76.50	106.42	2 793.37	2.06
17	100	2 200	23.50	76.50	113.73	2 983.60	2.10
18	100	2 300	23.50	76.50	121.34	3 181.44	2.13
19	100	2 400	23.50	76.50	129.36	3 387.20	2.16
20	100	2 500	23.50	76.50	137.49	3 601.19	2.20
21	100	2 600	23.50	76.50	146.05	3 823.74	2.24
22	100	2 700	23.50	76.50	154.95	4 055.19	2.28
23	100	2 800	23.50	76.50	164.21	4 295.90	2.32
24	100	2 900	23.50	76.50	173.84	4 546.24	2.37
25	100	3 000	23.50	76.50	183.85	4 806.59	2.41
Total	2 500	3 000	498.37	2 001.63	2 304.96	4 806.59	2.41

Nota: Cambio de Inbursa a Previnter en el año 11.

Fuente: J. Gutiérrez, "Análisis del cobro de comisiones de las Afores", Infonavit, México, 1997.

Es importante señalar que en el sistema anterior, el 0.6 por ciento del 8.5 por ciento del salario como contribución a la rama de IVCM se destinaba a gastos administrativos, y del 7 por ciento aportado al SAR el 0.5 por ciento anual sobre saldo se destinaba como comisión para los bancos y el 0.3 por ciento para la Empresa Operadora de la Base de Datos, por lo que resultará interesante el análisis comparativo de los costos de ambos sistemas y evaluar cuál es, en el actual sistema, el real incremento al ahorro interno al país, disminuyendo sus costos.

CUADRO 17
TASA DE INTERÉS REAL DEL 5 POR CIENTO

Año	Aportación anual	Aportación acumulada	Comisión anual	Aportación anual menos comisión	Interés real a otorgar por la Afore	Saldo	Promedio anual de tasa de interés descontando la comisión %
						500.00	
1	100	600	9.08	90.92	27.50	618.42	3.07
2	100	700	11.03	88.97	33.42	740.81	2.92
3	100	800	13.05	86.95	39.54	867.30	2.80
4	100	900	15.14	84.86	45.87	998.03	2.72
5	100	1 000	17.29	82.71	52.40	1 133.14	2.66
6	100	1 100	19.52	80.48	59.16	1 272.78	2.62
7	100	1 200	21.83	78.17	66.14	1 417.09	2.58
8	100	1 300	23.50	76.50	73.35	1 566.94	2.57
9	100	1 400	23.50	76.50	80.85	1 724.29	2.57
10	100	1 500	23.50	76.50	88.71	1 889.50	2.60
11	100	1 600	23.50	76.50	96.98	2 062.98	2.63
12	100	1 700	23.50	76.50	105.65	2 245.13	2.67
13	100	1 800	23.50	76.50	114.76	2 436.39	2.72
14	100	1 900	23.50	76.50	124.32	2 637.21	2.77
15	100	2 000	23.50	76.50	134.36	2 848.07	2.83
16	100	2 100	23.50	76.50	144.90	3 069.47	2.89
17	100	2 200	23.50	76.50	155.97	3 301.94	2.95
18	100	2 300	23.50	76.50	167.70	3 546.04	3.01
19	100	2 400	23.50	76.50	179.80	3 802.34	3.08
20	100	2 500	23.50	76.50	192.62	4 071.46	3.14
21	100	2 600	23.50	76.50	206.07	4 354.03	3.21
22	100	2 700	23.50	76.50	220.20	4 650.73	3.28
23	100	2 800	23.50	76.50	235.04	4 962.27	3.36
24	100	2 900	23.50	76.50	250.61	5 289.38	3.43
25	100	3 000	23.50	76.50	266.97	5 632.85	3.51
Total	2 500	3 000	529.94	1 970.06	3 162.97	5 632.85	3.51

Nota: Cambio de Inbursa a Previnter en el año 8.

Fuente: J. Gutiérrez, "Análisis del cobro de comisiones de las Afores", Infonavit, México, 1997.

Dada la reciente baja de los precios internacionales del petróleo, el gobierno federal recortó el gasto público para 1998, por lo que se prevé que el pago del costo de la transición durante este año será mediante la emisión de deuda, misma que será adquirida por las propias Afores.

El nuevo programa de seguridad social tendrá un impacto de al menos 0.7 por ciento del PIB en cada uno de los próximos tres años.⁸

⁸ Beteta, "Bufete de Promoción Industrial", 1997, p. 38.

CUADRO 18
INGRESOS POR COMISIONES DE LAS AFORES
(Cifras en miles de pesos al 31 de diciembre de 1997)

<i>Afore</i>	<i>Ingresos por comisiones</i>
1 Bancomer	318 047
2 Santander Mexicano	148 746
3 Banamex	23 942
4 Profuturo GNP	104 290
5 Garante	93 387
6 Bitál	98 420
7 Sólida-Banorte	30 339
8 Bancrecer-Dresdner	1 677
9 Inbursa	3 357
10 Siglo XXI	38 920
11 Previnter	31 537
12 Atlántico-Promex	13 020
13 Génesis	6 999
14 Tepeyac	3 240
15 Confía-Principal	3 728
16 Zurich	2 120
17 Capitaliza	1 835
Total	923 604

Fuente: Consar, "Informe semestral sobre la situación que guardan los sistemas de ahorro para el retiro", México, diciembre de 1997.

● Restricciones de inversión

El marco regulatorio de los sistemas de ahorro es particularmente restrictivo en el caso de la inversión de los recursos de los trabajadores.

Las Afores están obligadas a operar durante el primer año una Siefore cuya cartera se integre fundamentalmente por valores que preserven el valor adquisitivo de los fondos.

A partir del segundo año de operación, las Afores podrán operar otras sociedades de inversión, las cuales tendrán una composición de su cartera distinta, atendiendo a diversos grados de riesgo, quedando explícitamente prohibido invertir en el extranjero.

En el corto plazo, las Siefores enfrentan problemas de diversa naturaleza:

–La vigilancia respecto al régimen de inversión de las Siefores es más estricto en relación con otras sociedades de inversión, ya que

las primeras deben cumplirlo diariamente, mientras que las segundas se basan en promedios mensuales.

–No se han difundido aún reglas claras sobre la valuación de algunos instrumentos, operación de reportes, restándole flexibilidad en la liquidez y en las estrategias de inversión.

–Existen pocos instrumentos de deuda privada calificados, lo cual origina que la cartera se integre fundamentalmente por deuda gubernamental y por lo tanto no exista una estrategia de inversión que fomente la actividad productiva nacional, el empleo, la construcción de vivienda, la infraestructura de desarrollo y el desarrollo regional.

Lo anterior plantea la necesidad de cambio en la regulación de la diversificación de la cartera, incluyendo instrumentos de largo plazo como son las acciones de empresas, la burzatilización (titularización o securitización) de la cartera hipotecaria y los créditos a cargo del gobierno federal en que están invertidos los recursos del SAR bancario, el cual ha pagado las siguientes tasas de interés:

En el cuadro 19 se puede observar que a partir del inicio de vigencia del actual sistema de pensiones, por lo que se refiere al saldo del SAR bancario, los trabajadores afiliados al ISSSTE reciben una tasa de rendimiento superior en un 1.8 por ciento que la que reciben los trabajadores afiliados al IMSS, cuyos recursos del SAR aún permanecen en la cuenta concentradora, ya que como se mencionó anteriormente sólo se ha traspasado a las Afores el saldo acumulado del 10 por ciento del universo de trabajadores.

A la fecha las 17 Afores han invertido 6 550 millones de pesos, producto de las dos aportaciones que han realizado los afiliados al sistema. El 95 por ciento de estos recursos están invertidos en valores gubernamentales, otorgando un rendimiento real del 7 por ciento,⁹ el cual es superior en 5 por ciento al otorgado a los recursos del SAR que permanecen en la cuenta concentradora. Esta diferencia en las tasas de rendimiento implica que la demora en el traspaso de los recursos a las Afores sea en perjuicio de la rentabilidad otorgada a los afiliados al sistema.

Además es importante que en la política de inversión del sistema financiero en su conjunto se privilegie la inversión directa sobre la inversión financiera, sin embargo la legislación mexicana establece un

⁹Flores, *El Financiero*, 4 de febrero de 1996, p. 6.

CUADRO 19
GASTOS TOTALES DE LAS AFORES
(Cifras en miles de pesos al 31 de diciembre de 1997)

<i>Afore</i>	<i>Gastos totales</i>
1 Bancomer	313 218.53
2 Santander Mexicano	387 588.62
3 Banamex	144 075.12
4 Profuturo GNP	176 240.67
5 Garante	207 374.05
6 Bitel	163 174.92
7 Sólida-Banorte	16 663.76
8 Bancrecer-Dresdner	99 327.62
9 Inbursa	98 771.59
10 Siglo XXI	43 846.50
11 Previnter	346 244.57
12 Atlántico-Promex	23 810.65
13 Génesis	67 354.79
14 Tepeyac	25 667.16
15 Confía-Principal	29 310.29
16 Zurich	22 040.94
17 Capitaliza	37 694.62
Total	2 203 404.34

Fuente: Consar, "Informe semestral sobre la situación que guardan los sistemas de ahorro para el retiro", México, diciembre de 1997.

impuesto a la rentabilidad de las inversiones en papel privado y bancario del 2 y 1.7 por ciento respectivamente, lo que favorece la inversión en valores gubernamentales, existiendo un gran debate al respecto, ya que otros países que han adoptado el sistema de capitalización individual, tal es el caso de Chile, no gravan la rentabilidad de las inversiones de los recursos de los trabajadores.

La reciente crisis de las bolsas de valores en Asia imponen nuevos retos al Sistema Mexicano de Pensiones, en cuanto a la diversificación de la cartera de inversión y a cumplir su objetivo de incrementar el ahorro interno, y propiciar el desarrollo económico del país.

Esta crisis ha traído como consecuencia la baja en el precio de los bienes y servicios asiáticos por el decremento de su demanda interna, buscando nuevas exportaciones, lo que impone una contracción en sus mercados tradicionales a los productos mexicanos, los cuales están además en desventaja competitiva con su principal socio comer-

cial a causa de la asimetría en los precios al productor entre México y Estados Unidos, mismos que en 1997 se incrementaron 19.89 y 0.4 por ciento respectivamente.¹⁰ Por otra parte, América Latina es un mercado atractivo para colocar el exceso de oferta de los bienes y servicios asiáticos.

Lo anterior impacta negativamente el precio de las acciones de las empresas latinoamericanas, pues tal volatilidad financiera es un escenario demasiado riesgoso para las inversiones en títulos accionarios. Ejemplo de ello es la caída, en el transcurso de enero de 1998, de un 13 por ciento en el precio de las acciones chilenas,¹¹ lo que obligará a los fondos de pensiones de ese país –los cuales disminuyeron en 4 000 millones de dólares en los últimos meses, ascendiendo al 31 de enero de 1998 a 28 997 millones de dólares– a disminuir el 27.14 por ciento actualmente invertido en acciones, canalizando los recursos a instrumentos de renta fija e incrementando su inversión en el extranjero, la que actualmente representa el 1 por ciento de su cartera, ya que la rentabilidad de los fondos disminuyó en 1.9 por ciento en enero de 1998.¹²

En México, la Amafore considera que debe retrasarse la entrada de la segunda Siefore, la cual tendrá un régimen de inversión de mayor riesgo y por lo tanto continuar con una estrategia de inversión conservadora. Sin embargo, es a través de la inversión en acciones como se canalizan los recursos a la inversión productiva de un país, por lo cual los retos para el sector productivo son el desarrollo de tecnología y el incremento de su productividad y de su competitividad, con objeto de que resulte atractivo invertir en valores accionarios.

La inversión exclusiva en instrumentos gubernamentales implica el riesgo de que éstos únicamente se utilicen para financiar los costos de transición del modelo de reparto al modelo de capitalización individual, y por lo tanto no se propicie la generación de ahorro interno, de inversión productiva y, en consecuencia, el desarrollo económico.

Se prevé que durante 1998 los fondos de pensiones participen en la compra de acciones de empresas públicas que serán privatizadas, ya que actualmente por la falta de profundidad en el mercado financiero mexicano la venta de empresas públicas es a postores muy identificados, esperando que en 1998 los fondos de pensiones participen en la compra de acciones de aeropuertos.¹³ Sin embargo, hay que con-

¹⁰ CEPAL.

¹¹ Druckerman, *The Wall Street Journal*, 20 de enero de 1998.

¹² *Excelsior*, 11 de febrero de 1998, p. 3.

¹³ González y Benavides, *El Financiero*, 10 de marzo de 1998, p. 9.

siderar que la dilución del mercado implica que el derecho corporativo permita una correcta administración y disciplina de las empresas muy diluidas.

Otra alternativa de inversión es el mercado de la vivienda, cuyos activos financieros emitidos por bancos y sociedades inmobiliarias tienen una garantía hipotecaria, lo que reduce el riesgo de invertir en este mercado. En el caso de las Administradoras de Fondos de Pensiones chilenas, el 16.95 por ciento de su cartera está invertida en letras hipotecarias y, con ello, al mismo tiempo, han contribuido a la política habitacional de Chile.¹⁴

Para el caso de México es necesario crear nuevos instrumentos y perfeccionar los ya existentes en el mercado de la vivienda, con objeto de diversificar la cartera de inversión de los fondos de pensiones y además contribuir a la política social en materia de vivienda.

Se espera que en 1999 podrá darse la bursatilización de hipotecas de vivienda de interés social auspiciadas por el Fideicomiso de Vivienda del Banco de México (Fovi), con un primer proyecto no mayor a los 100 millones de dólares, buscando a los fondos de pensiones como fuente de financiamiento.¹⁵

De no ampliarse las alternativas de inversión, los fondos acumulados de pensiones sólo serán invertidos, en el corto y mediano plazo, en valores gubernamentales.

● Retos futuros

Un reto importante es lograr la unificación del sistema de pensiones mexicano, ya que a la fecha, además del sistema para los trabajadores del sector privado, el cual es el único que se reformó, existen el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), con 600 000 afiliados, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) con 1 700 000 afiliados, los Sistemas Pensionarios de los Trabajadores de cada entidad que integra la Federación Mexicana con un millón de afiliados y el de Petróleos Mexicanos (Pemex).

La dificultad de la negociación para la unificación de los sistemas radica en que todos tienen una estructura de beneficios superior a la

¹⁴E. Pérez, "Desarrollo de las inversiones y su impacto en el financiamiento de la Seguridad Social. Experiencia de Chile 1980-1997", 1997.

¹⁵L. Flores, "Afore, fuente de financiamiento para el sector vivienda", 1998, p. 11.

que se establece en la Ley del IMSS. Pero de lograrse, los beneficios serían básicamente: la portabilidad de derechos en el cambio de sistemas de seguridad social, ya que actualmente se pierden los derechos al realizarse dicho cambio, y la reducción de los costos de operación del sistema de pensiones mexicano, al eliminar la duplicidad de estructuras burocráticas.

Asimismo está pendiente de resolver la extensión de la cobertura a los trabajadores en la economía informal y en el campo, y por lo tanto que los beneficios que con la reforma se pretenden alcanzar no excluyan a todo el mercado laboral que actualmente no cuenta con un sistema de seguridad social.

● Bibliografía

- AGUILAR, A., "Nombres, nombres y... nombres", en *Reforma*, 6 de febrero de 1998.
- BETETA, "Bufete de Promoción Industrial", en *El Economista*, 23 de diciembre de 1997.
- CASTILLO, J., "Tiene la Afore Profuturo el nivel salarial más bajo", en *Reforma*, 11 de febrero de 1998.
- CIEDESS, "Políticas de financiamiento habitacional en Chile", Chile, 1995.
- CONSAR, *Boletín Informativo SAR*, marzo-abril de 1997, mayo-junio de 1997, julio-agosto de 1997, septiembre-octubre de 1997 y noviembre de 1997.
- DRUCKERMAN, *The Wall Street Journal*, 20 de enero de 1998.
- FLORES, L., "Afore, fuente de financiamiento para el sector vivienda", en *El Financiero*, 10 de marzo de 1998.
- _____, "Avance del 97-36 por ciento en la afiliación al nuevo sistema de pensiones", en *El Financiero*, 4 de febrero de 1998.
- GELUDA, S., "Las Afores en la transición", trabajo elaborado para el 1er. Diplomado de Sistemas de Pensiones América, CIESS, octubre de 1997.
- GONZÁLEZ Y BENAVIDES, *El Financiero*, 10 de marzo de 1988.
- GUTIÉRREZ, J., "Análisis del cobro de comisiones de las AFORES", Infonavit, México, junio de 1997 (mimeo.).
- ITAM, "La reforma a la seguridad social en México", suplemento de la *Gaceta de Economía*, núm. 4, Publicación Colectiva, México, 1997.
- PÉREZ, E., "Desarrollo de las inversiones y su impacto en el financiamiento de la Seguridad Social. Experiencia de Chile 1980-1997", documento elaborado para la II Conferencia Internacional de Actuarios de la CISS, Brasil, abril de 1997.
- PETERS, R., "SAR and AFORE integration", trabajo elaborado para "Pension Management Latin America", AIC Conferences, Miami, febrero de 1997.

RAMÍREZ Y CARRILLO, "Reflejan Afores desempleo", en *Reforma*, 6 de febrero de 1998.

REBOLLO, H., "Mesa de negocios", en *El Financiero*, 4 de febrero de 1998.

SALES Y VILLAGÓMEZ, "La reforma al sistema de pensiones el caso mexicano", ITAM, México, 1997. Colección suplemento de la Gaceta de Economía, núm. 4.

SANDOVAL, "El traslado de recursos de los trabajadores depositados en el SAR presionará los costos de operación de las Afores", en *El Financiero*, 4 de febrero de 1998.

TREVIÑO, L., "El papel de las Afores en el desarrollo económico", en Saúl Osorio y Berenice Ramírez (eds.), *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, UNAM y Triana, México, 1997.

_____, "Análisis de la gestión al sistema de pensiones mexicano en la transición", papel de trabajo XLI/CPISS/XXIV/CAAF/URU.97/4, elaborado para la XLI Reunión del CPISS, Uruguay, noviembre de 1997.

La reforma del seguro de riesgos de trabajo en México*

Rocío Santoyo-Vistrain
Héctor Ogaz Pierce

● Introducción

La seguridad social es uno de los principales mecanismos que contribuyen al desarrollo integral de los países de América Latina, ya que se encarga de proteger la salud, el ingreso y el bienestar de la población; los niveles de vida y de productividad se encuentran en relación directa con sus aumentos cuantitativos y cualitativos. Los objetivos de universalización y solidaridad social se plantean, en última instancia, en función de los recursos financieros disponibles en las instituciones de seguridad social.

Sin embargo, la compleja realidad social, económica y política, los diversos niveles de desarrollo de nuestros países y la desigualdad en el interior de los mismos conforman características multiformes que obstaculizan el análisis global de las estructuras financieras de sus sistemas de seguridad social.

Por otra parte, las dificultades financieras que naturalmente se presentan, se agravan con el incremento de los costos de operación y las presiones derivadas del crecimiento de la población, la polarización de la transición epidemiológica, el avance tecnológico y la presión sobre los sistemas económicos y políticos que obligan a las instituciones a cambiar muchas veces sobre estructuras aún no consolidadas.

A ello se suma, a nivel internacional, una nueva distribución del trabajo y los mercados, obligando constantemente a replantear las estrategias de financiamiento para procurar una protección más eficaz y servicios de una calidad acorde con las necesidades de la población.

* Los puntos de vista vertidos en el documento son responsabilidad de los autores y no constituyen la posición oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Con el propósito de reflexionar sobre los alcances de la nueva Ley del Seguro Social de México y el impacto que pudiese tener en la protección de los trabajadores, en este capítulo se presenta una visión de conjunto del Seguro de Riesgos de Trabajo.

● El seguro de riesgos de trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Objetivo del seguro de riesgos de trabajo

Este seguro fue creado para salvaguardar al trabajador en caso de que sufra algún accidente o enfermedad con motivo o en ejercicio de su trabajo; asimismo, contra aquel que ocurriera al trasladarse de su domicilio al centro de trabajo y viceversa, mediante la atención de la salud y protección de sus medios de subsistencia, con lo que contribuye al bienestar de los trabajadores y sus familias. A su vez protege a las empresas, ya que cubre las obligaciones que por ley contrae el patrón cuando el trabajador sufre un riesgo de trabajo, con lo que contribuye a la productividad de las empresas.

Caracterización de los riesgos de trabajo

Los riesgos de trabajo son las lesiones que sufren los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo. Todos los accidentes y/o enfermedades a que están expuestos, las muertes producidas en el ejercicio o con motivo del trabajo, incluyendo los accidentes que se produzcan al trasladarse de su hogar a su lugar de trabajo o de éste a aquél, se consideran accidentes de trabajo.

Las enfermedades de trabajo son aquellos estados patológicos derivados del ejercicio de un trabajo, a causa de una acción continuada que tenga su origen o motivo en el trabajo. Estas últimas son consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

Los riesgos del trabajo pueden producir incapacidades temporales, incapacidades permanentes, parciales o totales y la muerte.

Prestaciones en especie

La ley otorga la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, servicios de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia y rehabilitación.

Prestaciones en dinero

Los trabajadores tienen derecho a recibir el 100 por ciento de su salario mientras dure una incapacidad temporal. En caso de incapacidad permanente, parcial o total, se evalúa la secuela con base en una tabla de la Ley Federal del Trabajo (art. 514), para determinar la cuantía de la pensión que corresponda. En caso de muerte del asegurado se otorga una pensión a la viuda y huérfanos, y en algunas ocasiones, a los ascendientes.

Situación de los riesgos de trabajo antes de la reforma

Las empresas y los trabajadores constituyen el espacio y la población objetivo sujeta a las acciones de salud en el trabajo. En 1996 las empresas bajo seguro de riesgos de trabajo alcanzaron la cifra de 724 000 y el número de trabajadores amparados en este ramo fue de 9 300 millones.

Algunas consideraciones relevantes sobre estos universos se describen a continuación: las empresas clasificadas por su tamaño, según el número de sus trabajadores, se distribuyen de la siguiente manera: 88.2 por ciento son micro, 9.8 por ciento pequeñas, 1.4 por ciento medianas y 0.6 por ciento grandes.¹

Por sector económico, las empresas y los trabajadores se ubican fundamentalmente en los servicios, seguidos por las industrias de la transformación y extractivas, lo que muestra la terciarización de nuestra planta productiva.

En 1996 se registraron 396 000 riesgos de trabajo: correspondieron 322 000 a accidentes del trabajo, 72 000 a accidentes en trayecto y 2 000 a enfermedades del trabajo. La más alta incidencia de riesgos de trabajo se dio en la fabricación de productos metálicos maquinados. La región anatómica que sufrió daños con mayor frecuencia fue la mano, siendo la naturaleza de la lesión la herida de uno o varios dedos y la causa externa más común de los accidentes fueron los instrumentos u objetos cortantes o punzantes. El acto que produjo más riesgos de trabajo se debió a fallas al asegurar o prevenir.

En cuanto a la ocupación donde se dio mayor número de accidentes fue en las categorías de peones, personal de limpieza y obreros de fincas agrícolas. Por sexos, es mayor la tasa de incidencia en los hom-

¹Se consideran micro cuando tienen de 1 a 15 trabajadores, pequeña de 16 a 100, mediana de 101 a 249 y grande de 250 en adelante.

bres (5.2) que en las mujeres (2.6). La enfermedad del trabajo que se presentó con mayor incidencia fue trastorno del oído y sordera traumática.

Cabe señalar que del universo total de las empresas afiliadas se identificaron 17 652 como de alto riesgo, ya que presentaron cinco y más accidentes o enfermedades de trabajo, incapacidades permanentes y defunciones. Éstas representan el 2.6 por ciento del total de empresas afiliadas.

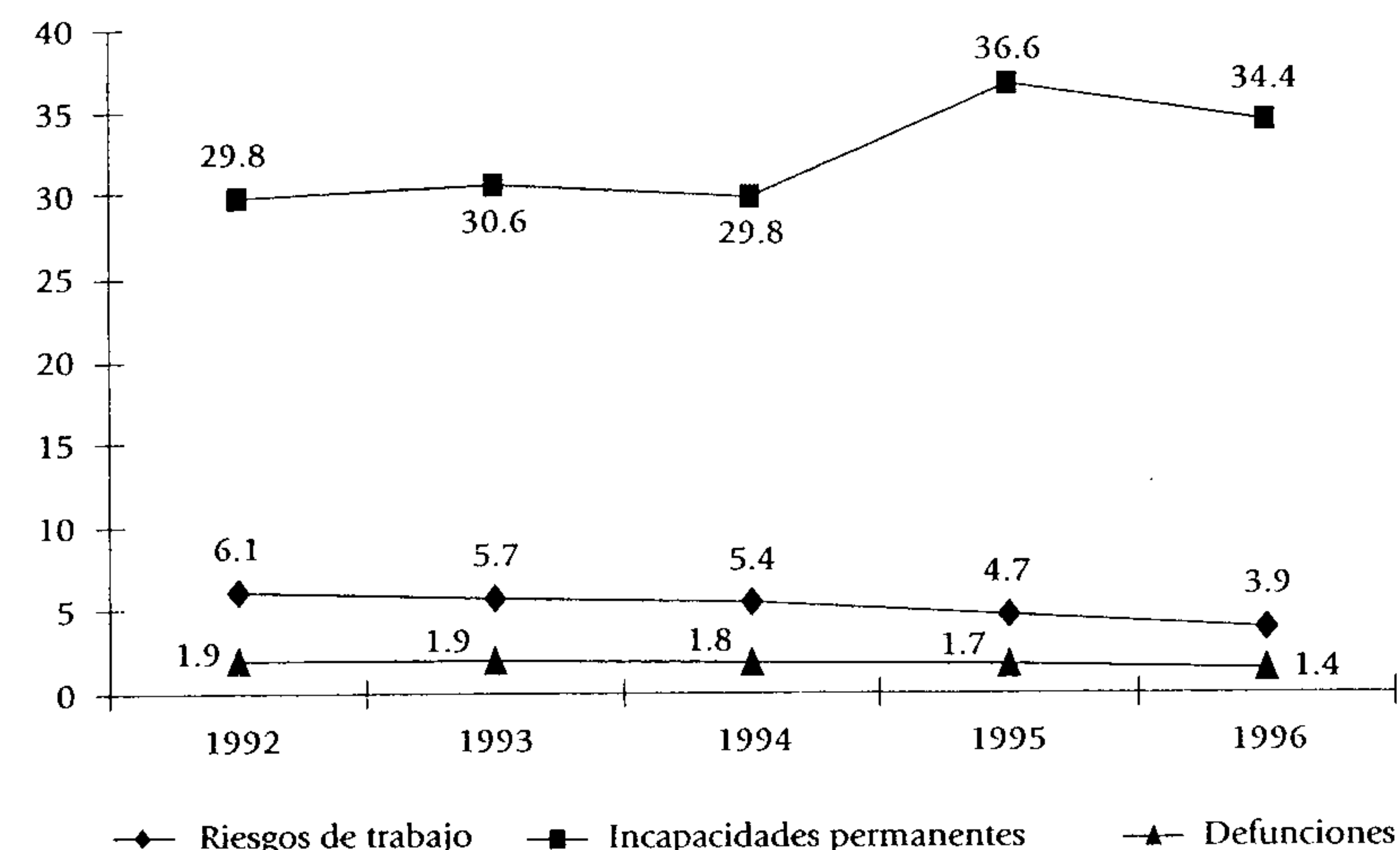
En ese mismo año se otorgaron 9.8 millones de días de incapacidad; cerca de 13 605 incapacidades permanentes y se registraron 1 223 muertes. Hacia diciembre de 1996 se tenían registrados un total de 201 000 pensionados por incapacidad permanente en curso de pago, según la Ley de 1973, 32 000 de viudez, 28 000 de orfandad y 12 000 de ascendencia.

Se estima que el costo de los riesgos de trabajo en 1996 para las empresas fue de alrededor de 28 791 millones de pesos, para los trabajadores de 340 millones y para el IMSS 4 906 millones, lo que se traduce en una carga total de 34 037 millones de pesos para el país, en la forma de pérdidas en la producción, atención médica, costos de rehabilitación, incapacidades temporales y permanentes y muertes, entre otros.

Por último, un estudio consistente en una estratificación epidemiológica de la frecuencia y gravedad a través de los riesgos de trabajo, incapacidades permanentes y muertes, por Delegación (estado) del IMSS, utilizando los valores promedio de las tasas y estableciendo estratos de riesgos alto, medio y bajo. Se encontró que a nivel nacional existía una tendencia decreciente en los riesgos de trabajo, al pasar la tasa de incidencia de 6.1 en 1992 a 3.9 por 100 trabajadores en 1996 y de la tasa de mortalidad al pasar de 1.9 a 1.4 por 10 000 asegurados; mientras que se presentó una tendencia creciente en las incapacidades permanentes al pasar de 29.8 a 34.3 por 1 000 riesgos de trabajo. En el ámbito de las delegaciones llama la atención el número de las que se encuentran clasificadas en los estratos altos: con tasa de incidencia de riesgos de trabajo de 5.4 a 6.6: 12 delegaciones, con tasas de incapacidades permanentes de 41.1 a 130.2: 14 delegaciones y con tasa de mortalidad en rangos de 2.01 a 2.68: 15 entidades.

Esto es sólo la punta del iceberg que nos indica la seria situación, ya que aunque aparece una disminución en el número de los riesgos existe un aumento en la gravedad y un rezago en los estados no industrializados, predominantemente agrícolas y mineros (véase gráfica 1).

GRÁFICA 1
FRECUENCIA Y GRAVEDAD DE LOS RIESGOS DE TRABAJO
MÉXICO 1992-1997



Situación financiera actual

A la fecha puede considerarse que este seguro guarda un equilibrio entre sus ingresos y egresos como lo muestra el cuadro 1, al obtener un remanente por el ejercicio de 1996 de 435 millones de pesos, lo que representa el 8 por ciento respecto a sus ingresos.

● Reforma del Seguro de Riesgos de Trabajo

Principales problemas estructurales que dieron origen a la reforma

De acuerdo con el diagnóstico presentado por el IMSS en marzo de 1995 y otros estudios al respecto, a continuación se enlistan algunos de los principales problemas:

- Otorgamiento de beneficios adicionales a los asegurados sin el correspondiente aumento en las aportaciones del seguro:
- La ley original de 1943 no consideraba los accidentes en tránsito (1956), tampoco las pensiones dinámicas (indexadas al salario) ni el aguinaldo y el finiquito por orfandad (reforma de 1989);

CUADRO 1
SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO. ESTADO DE OPERACIÓN
Y CAMBIOS EN LA SITUACIÓN FINANCIERA CON BASE
EN EL PRESUPUESTO DE 1996

Conceptos	Millones de pesos 1996	% respecto a los ingresos	% respecto a los salarios
Ingresos			
-Ingresos por cuotas	4 936	90.65	2.20
-Ingresos y productos de inversión	509	9.35	0.23
Total ingresos	5 445	100.00	2.43
Gastos			
-Prestaciones médicas	2 052	37.69	0.91
-Prestaciones en dinero	2 309	42.41	1.03
-Gastos de administración	521	9.57	0.23
-Reversión de cuotas	21	0.39	0.01
-Provisiones	107	1.97	0.05
Total gastos	5 010	92.03	2.23
Excedente de ingresos sobre gastos	435	7.97	0.20

Fuente: Informe Financiero y Actuarial del 31 de diciembre de 1995.

- aumento de la cuantía básica de la pensión del 66.67 al 70 por ciento del último salario;
- aumento de la pensión de viudez del 36 al 40 por ciento sin que ésta pueda ser inferior al 90 por ciento de la pensión de invalidez;
- aumento de la duración de la pensión de orfandad, al cambiar el límite máximo de edad, de los 16 a 25 años, si el huérfano continúa estudiando;
- la pensión de ascendencia era de un tercio de la pensión básica repartida entre los beneficiarios al 20 por ciento para cada uno de ellos.

En contraste con lo anterior, las cuotas de este seguro sólo se habían incrementado en dos ocasiones:

- Hubo un incremento indirecto del 16.7 por ciento al modificarse la distribución de la cuota en 1965, cuando se redujo el porcentaje correspondiente al Estado y se aumentó el correspondiente al sector obrero-patronal.

-En 1993 hubo un aumento en las cuotas de este ramo de un 25 por ciento en promedio, derivado de las reformas a la Ley de julio de ese año.

-Aumento en las expectativas de vida de los pensionados, lo cual ha significado un incremento en la duración del goce de las pensiones de más del 80 por ciento en relación con los cálculos actuariales originales de 1943;

-Falta de incentivos para prevenir los riesgos del trabajo. Las empresas que realizaban esfuerzos para prevenir riesgos del trabajo pagaban la prima mínima de la clase a la que pertenecían, pero no podían cambiar de clase; en cambio, las que no impulsaban programas preventivos y por lo tanto incrementaban su número de riesgos, pagaban la prima del nivel máximo de la clase a la que pertenecían, sin cambiar a la otra más alta. Para que una empresa pudiera cambiar de clase, ya sea hacia arriba o hacia abajo, tendría que esperar a que todas las empresas de su clase lo hicieran, de acuerdo con el artículo 83 de la Ley de 1993;

-El valor de las pensiones era raquítico en el momento de su otorgamiento. Por mandato legal, los remanentes de los seguros de invalidez, vejez, cesantía y muerte (IVCM), a través del cual se cubrían las pensiones, se invirtieron hasta 1990 en la construcción de una amplia red de infraestructura para la atención médica y las prestaciones sociales en beneficio de los derechohabientes y la población en general;

-Asimismo se señala que durante cinco décadas se efectuaron transferencias de recursos entre los distintos ramos de aseguramiento, muy especialmente para apoyar al seguro de enfermedades y maternidad, también de responsabilidad del IMSS, el cual ha operado desde su inicio con déficit financiero;

-La inflación ha repercutido de forma negativa en el monto de las pensiones. Así que en la actualidad el 90 por ciento de los pensionados reciben la cuantía mínima, por lo que este sistema no estaba retribuyendo equitativamente a los trabajadores.

Objetivos de la reforma

La reforma de este seguro se basa principalmente en una reforma del régimen de financiamiento y entró en vigor con la Ley del Seguro Social a partir de julio de 1997. De acuerdo con la exposición de motivos de esta Ley, la reforma tiene entre sus objetivos:

- a) Lograr mayor equidad en el cálculo de las primas;
- b) cálculo de las primas de acuerdo con la siniestralidad particular de cada empresa y no conforme a la actividad económica que desarrollen;
- c) incentivar a las empresas que inviertan en la prevención de riesgos de trabajo. Se estimó que de manera inmediata se beneficiaría al 20 por ciento de los patrones que no reportaban ningún accidente o enfermedad del trabajo;
- d) impulsar la productividad y competitividad de las empresas mediante la disminución de las erogaciones en materia de riesgos de trabajo;
- e) promover la prevención de accidentes y enfermedades del trabajo;
- f) propiciar el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a las comisiones de Seguridad e Higiene en cada centro de trabajo;
- g) cambiar la forma de pago de las prestaciones en dinero a que se hacen acreedores los incapacitados o sus beneficiados de pensión (viudas, huérfanos y ascendientes) al hacerlo similar al Seguro de Invalidez y Vida.

Régimen financiero

Es una modalidad de gestión financiera que tiene por objetivo equilibrar ingresos y egresos a lo largo de los distintos años de funcionamiento, distribuyendo según se entienda hacerlo la carga financiera del seguro entre diferentes grupos o generaciones de contribuyentes y/o cotizantes. Los diferentes regímenes consisten en sistemas de reparto, de primas medias, de primas escalonadas hasta de capitalización individual.

Sistema financiero de los riesgos de trabajo

Tradicionalmente el seguro de riesgos de trabajo se ha basado en la mezcla de dos sistemas financieros: el de "reparto anual" y el de "capitales de constitutivos". El de reparto anual ha servido para cubrir los costos correspondientes al otorgamiento de las prestaciones en especie (servicios médicos, aparatos de prótesis y ortopedia, rehabilitación) y de prestaciones en dinero de corto plazo (pago de subsidios por incapacidad temporal).

En lo que respecta a los costos correspondientes a las prestaciones de largo plazo, como son los valores presentes de las pensiones vitali-

cias, se ha empleado el sistema financiero de capitales constitutivos puesto que este sistema establece la prima anual y la reserva en función de los capitales constitutivos producto del mismo número de riesgos del trabajo acaecidos en un año dado.

Con la reforma, el sistema financiero de las prestaciones de corto plazo permanece igual, mientras que para las de largo plazo (pensiones) el financiamiento será a través del ahorro obligado en cuentas individuales.

Tanto en la ley anterior como en la nueva "las prestaciones del seguro de riesgos de trabajo, inclusive los capitales constitutivos de las rentas líquidas al fin de año y los gastos administrativos, serán cubiertas íntegramente por las cuotas que para este efecto aporten los patrones y demás sujetos obligados", de acuerdo con el artículo 70 de la ley vigente y 77 de la anterior.

Determinación de la prima de financiamiento

El nivel de la prima deberá fijarse en función del monto de los pasivos de corto y largo plazo para hacerse corresponder con un monto de ingresos suficiente mediante un nivel de prima de financiamiento adecuado que permita a la institución ser solvente en cualquier momento.

Procedimiento anterior de cálculo del nivel de primas. Para determinar las primas de este seguro, las empresas se clasificaban y agrupaban, de acuerdo con su actividad, en clases de riesgos. Las cuotas del seguro de riesgos de trabajo se cubrían sólo por los patrones y se determinaban en función de la cuantía del salario base de cotización y de los riesgos potenciales de la actividad de que se trata, conforme al Reglamento para la Clasificación de Empresas y Determinación del Grado de Riesgo del Seguro de Riesgos de Trabajo 1987.

La ley anterior establecía cinco clases de riesgos en las que se agrupaban las diversas actividades y ramas industriales, con relación a la mayor o menor peligrosidad a que estaban expuestos los trabajadores. Cada clase se subdividía en grados y cada grado representaba una siniestralidad distinta. Las empresas se clasificaban conforme al Catálogo de Actividades que se incluían en el Reglamento antes mencionado, en el grupo y fracción con el que tenían mayor similitud las actividades que realizaban y en el que aparecía la clase de riesgo que a cada caso correspondía. Las empresas de nuevo ingreso se clasificaban en el grado medio de la clase en la que se encontraba registrada su actividad. En el cuadro 2 se muestran las clases y las primas.

CUADRO 2
PRIMAS DEL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO
(Vigentes hasta el 30 de junio de 1997)

Clase	Mínimo	Medio	Máximo
I	0.34785	0.54355	0.73925
II	0.64140	1.13065	1.61990
III	1.32635	2.59840	3.87045
IV	3.18550	4.65325	6.12100
V	5.14250	7.58875	10.03500

Para determinar el grado de riesgo al que pertenecía una empresa se calculaba su índice de siniestralidad, que se definía como el producto del índice de frecuencia, es decir la probabilidad de que ocurra un siniestro en un día laborable, y el índice de gravedad, que es el tiempo perdido en promedio por riesgos de trabajo que produce incapacidades temporales, permanentes parciales o totales y defunciones, entre el número de trabajadores promedio expuestos al riesgo en un mismo lapso.

*Procedimiento actual de cálculo del nivel de primas.*² Las empresas calcularán las primas a cubrir, de manera individual, multiplicando la siniestralidad de la empresa por un factor de prima y al producto se le sumará el 0.0025. El factor de prima es el elemento que garantiza el equilibrio financiero del ramo y la prima mínima (0.0025) cubre los gastos de administración correspondientes a este seguro. La siniestralidad es el producto de la frecuencia por la gravedad.

El índice de frecuencia está dado por $If = n / (N * 300)$

²El Acuerdo 267/97 del H. Consejo Técnico del IMSS, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 18 de julio de 1997, en el punto III dice:

La aplicación de la fórmula para la aplicación de la prima a cubrir por el Seguro de Riesgos de Trabajo, prevista en el artículo 72 de la Ley del Seguro Social, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 21 de diciembre de 1995, se realizará por primera vez sin que rijan los límites entre las clases, fluctuando sólo hasta el 1 por ciento de los Salarios Base de Cotización para los patrones que hayan permanecido en la misma clase durante el periodo completo, comprendido entre el 1o. de enero y el 31 de diciembre de 1998, quienes deberán determinar en febrero de 1999 su prima conforme a su siniestralidad registrada en dicho periodo de 1998.

donde:

n = número de casos de riesgos de trabajo terminados, sin incluir accidentes en trayecto.

N = número de trabajadores promedio expuestos a los riesgos.

300 = número estimado de días laborables al año.

El índice de gravedad es $Ig = 300 * ((S / 365) + V * (I + D)) / n$

donde:

V = 28 años, que es la duración promedio de vida activa de un individuo que no haya sido víctima de un accidente mortal o de incapacidad permanente total;

N = número de trabajadores promedio expuestos a los riesgos;

S = total de los días subsidiados a causa de incapacidad temporal;

I = suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes, parciales y totales, divididos entre 100;

D = número de defunciones, y

n = número de casos de riesgos de trabajo terminados, sin incluir accidentes en trayecto.

Por lo que el nuevo índice de siniestralidad es:

$$Is = If * Ig = [n / (N * 300)] * [300 * ((S / 365) + V * (I + D)) / n]$$

y, al simplificar:

$$Is = [(S / 365) + V * (I + D)] / N.$$

El resultado final será la prima a aplicar sobre los salarios de cotización conforme a la fórmula siguiente:

$$\text{Prima} = [(S / 365) + V * (I + D)] (F/N) + M$$

donde:

F = 2.9, es el factor de prima.

M = 0.0025, es la prima mínima de riesgo.

Al entrar por primera vez al IMSS o al cambiar de actividad, las empresas cubren la prima media de la clase que les corresponda conforme al Reglamento³ respectivo de acuerdo con el cuadro 3, por lo

³A la fecha de elaboración de este capítulo no se había aprobado el nuevo Reglamento para la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo.

CUADRO 3

PRIMA MEDIA POR CLASE DE RIESGO PARA CLASIFICACIÓN INICIAL, A PARTIR DE JULIO DE 1997

<i>Clase de riesgo</i>	<i>Prima media (%)</i>
I	0.54355
II	1.13065
III	2.5984
IV	4.65325
V	7.58875

que las clases se mantienen a efecto de la clasificación inicial ya que es difícil medir el riesgo de las empresas nuevas. Las empresas se obligan a revisar anualmente su siniestralidad para determinar si permanecen en la misma prima, disminuye o aumenta, en una proporción no mayor a 0.01 del salario base de cotización con respecto a la del año inmediato anterior. Por ejemplo, una empresa que en 1997 paga una cuota de 4.55 por ciento de los salarios y en 1998 reporta una siniestralidad mayor, la cuota que le corresponde pagar no podrá exceder el 5.55 por ciento de los salarios, si es que su siniestralidad lo supera. De igual manera, si una empresa reporta una siniestralidad menor a la del año anterior, su cuota no podrá ser inferior a la que pagó, menos el 1 por ciento de los salarios. Estas modificaciones no podrán exceder los límites fijados para la prima mínima 0.25 por ciento y para la máxima 15 por ciento de los salarios base de cotización respectivamente.

Nueva mecánica en el pago de pensiones

Los problemas comentados con anterioridad dieron lugar a un cambio en el sistema de pensiones que garantizara su debida sustentabilidad financiera, protegiéndolas de los efectos de la inflación por medio de una actualización anual conforme al índice nacional de precios al consumidor. Este nuevo régimen de pensiones para el Seguro de Riesgos de Trabajo funciona de manera similar al Seguro de Invalidez y Vida, a través de la constitución de cuentas individuales. Los recursos de cada cuenta son propiedad del trabajador y debieran garantizar la generación de rendimientos atractivos, así como el que se respeten los derechos adquiridos.

El Seguro de Invalidez y Vida se refiere también a la protección del trabajador ante la presencia de situaciones contingentes durante su trayectoria laboral activa, como son la pérdida de facultades para trabajar o la muerte, producidas por factores no imputables al trabajo.

El nuevo sistema de cuentas individuales reforma la mecánica de pago de las pensiones por riesgos de trabajo sin modificar los beneficios de la ley anterior, por lo que este seguro cubrirá en forma complementaria a los recursos de la cuenta individual la suma suficiente para financiar el beneficio que la Ley determine.

El trabajador deberá contratar una pensión (renta vitalicia o un plan de retiros programados) y también contratar un seguro para el caso de su fallecimiento, el cual otorgue a sus beneficiarios las pensiones y demás prestaciones económicas a que tengan derecho con la institución de seguros que elija el trabajador.

De acuerdo con el artículo 58 de la nueva Ley, las prestaciones económicas otorgadas bajo el seguro que nos ocupa se mantienen en el nivel fijado con la Ley anterior y consisten en un pago de 100 por ciento del salario que estuviese cotizando el trabajador en caso de que se incapacite, en tanto no se declare la incapacidad permanente total o parcial dentro de un límite de 52 semanas. Declarada la incapacidad permanente total, la pensión mensual definitiva que recibirá el trabajador será equivalente al 70 por ciento del salario que estuviese cotizando.

Si la incapacidad declarada es permanente parcial, superior al 50 por ciento, la otorgará la institución de seguros elegida, en los términos antes mencionados. El monto de ésta se calculará conforme a la tabla de valuación de incapacidad contenida en la Ley Federal del Trabajo, tomando como base el monto de la pensión que correspondería a la incapacidad permanente total.

El porcentaje de la incapacidad se fija entre el máximo y el mínimo establecidos en la tabla mencionada, con base en la edad del trabajador, la importancia de la incapacidad, si ésta es absoluta para el ejercicio de su profesión aun cuando quede habilitado para dedicarse a otra, o que simplemente hayan disminuido sus aptitudes para el desempeño de la misma o para ejercer actividades remuneradas semejantes a su profesión u oficio.

Cuando la valuación definitiva de la incapacidad es hasta del 25 por ciento se paga al asegurado, en sustitución de la pensión, una indemnización global equivalente a cinco anualidades de la pensión que le hubiese correspondido. Dicha indemnización es optativa para el trabajador cuando la valuación definitiva de la incapacidad excede del 25 por ciento sin rebasar el 50 por ciento.

Si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del asegurado, el familiar del asegurado tendrá derecho al pago de una cantidad igual a 60 días del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal en la fecha de fallecimiento del asegurado. A la viuda, una pensión equivalente al 40 por ciento de la que hubiese correspondido al trabajador en caso de incapacidad permanente total y a cada uno de los huérfanos una pensión equivalente al 20 por ciento de la que le hubiese correspondido al trabajador. Como se dijo, estos beneficios son idénticos a los que establece la Ley que se derogó, pero la diferencia es que ahora las pensiones se actualizan anualmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor y no cada vez que se modifiquen los salarios mínimos, para así mantener su poder adquisitivo y proteger los ingresos familiares.

● Discusión

Haciendo un análisis de los objetivos de la reforma que acompañaron la iniciativa de ley, con relación al logro de *mayor equidad en el cálculo de las primas*, ésta se puede analizar en los siguientes niveles:

- a) Respecto a la equidad en función del riesgo, la reforma a este seguro flexibiliza la determinación de las primas; así las empresas que tengan menores índices de siniestralidad e inviertan en la prevención de riesgos pagarán menos prima, es decir pagarán en relación directa de sus riesgos.
- b) En cuanto a la equidad en función de la posición de las empresas en el mercado y su competitividad, significa premiar a empresas modernas y eficientes y a la vez dejar de subsidiar a las atrasadas e ineficientes.

La ley permite que cada empresa tenga su "propia clase"; estas clases son móviles e independientes, lo que hace que cada empresa pague de acuerdo con su siniestralidad particular y no conforme a la actividad económica que desarrollen, y en este sentido la hace más justa.

El cambio en la fórmula para determinar la prima, observa tres aspectos:

- a) Facilita administrativamente su cálculo;
- b) se actualiza demográficamente la esperanza de vida activa (28 años) de los trabajadores, y

c) contempla tanto la frecuencia como la gravedad de los riesgos de trabajo, aunque al simplificar la fórmula pareciera que no incluye a la primera (véase desarrollo de la fórmula en el apartado correspondiente).

La flexibilidad en las primas fortalece la viabilidad financiera del IMSS en cuanto a este seguro al haber una mayor relación entre la prima pagada y el número de accidentes de cada empresa. Asimismo, al considerar los accidentes en trayecto dentro del factor de prima se establece un pago solidario por todas las empresas.

El segundo objetivo es *incentivar a las empresas que inviertan en la prevención de riesgos de trabajo*. Si bien es cierto que se presenta un incentivo económico para que las empresas paguen menos a la seguridad social e inviertan en el mejoramiento de las condiciones de seguridad e higiene, este incentivo podría convertirse en una carga para las empresas pequeñas y para las ineficientes. La realidad nacional observa una correlación inversa entre atraso y eficiencia, aunada a la carencia de recursos financieros, en muchas ocasiones para la propia sobrevivencia de las empresas, no se diga para invertir en la prevención de riesgos. Esto plantea la controversia de un sistema de primas individualizadas frente a uno solidario, por lo que es necesario considerar la creación de mecanismos compensatorios en los que se dé prioridad a este segmento más atrasado con la participación de los sectores público, social y privado. Una acción concreta podría ser la formación de un fondo solidario de riesgos de trabajo para apoyo de fomento de las actividades preventivas en estas empresas.

Muy ligado al anterior objetivo está el de *impulsar la productividad y competitividad de las empresas* mediante la disminución de las erogaciones en materia de riesgos de trabajo, el cual invita a diversas reflexiones, pues si bien da lugar a la disminución de los costos de producción y al incremento de la productividad, puede producir un comportamiento contrario en las empresas atrasadas. Nuevamente se sugiere la introducción de mecanismos compensatorios.

El otro objetivo es *promover la prevención de accidentes y enfermedades del trabajo*. Como ya se dijo, existe un incentivo económico que se espera lleve a las empresas a promover la prevención y por tanto a crear un ambiente seguro de trabajo. Sin embargo, esto tiene diversas aristas: primero, las empresas más grandes, modernas y por tanto eficientes, generalmente cuentan ya con una cultura de la prevención, muchas de ellas incluso son filiales o subsidiarias de empresas tras-

nacionales de las que toman la reglamentación y normatividad sobre seguridad e higiene, así como tecnología más segura; segundo, en las que se requiere promover la prevención son aquellas en las que no existe este conocimiento, y tercero, los programas preventivos implican inversión y desarrollo tecnológico. Por tanto, las empresas pequeñas y atrasadas tendrán la posibilidad de fomentar la prevención bajo la situación económica en la que se encuentran.

Propiciar el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a las comisiones de Seguridad e Higiene en cada centro de trabajo es un objetivo indirecto de la reforma, pues se espera que estas comisiones tengan una participación más activa, ahora fortalecidas con la puesta en marcha del nuevo Reglamento de Seguridad e Higiene emitido por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, que obliga a las empresas a establecer programas preventivos. Esto pone en evidencia la necesidad de establecer estrategias intersectoriales que desarrollen y consoliden una cultura prevencionista.

Respecto al objetivo de *cambiar la forma de pago de las prestaciones en dinero a que se hacen acreedores los incapacitados o sus viudas* al hacerlo similar al Seguro de Invalidez y Vida, ahora la base de financiamiento de las pensiones es la capitalización individual administrada por entidades privadas. De esta manera el trabajador que alcance un saldo elevado en su cuenta, en teoría obtendría una mejor pensión con relación a la que hubiese alcanzado con la antigua ley. Sin embargo, es muy prematuro evaluar el funcionamiento del nuevo sistema de pensiones mientras no alcance la madurez suficiente, que además dependerá del comportamiento del conjunto de la economía del país.

Cabe señalar que la renta vitalicia se calcula en función de la sobrevivencia de los asegurados y de la tasa de interés establecida por la autoridad financiera. Aquí se presenta un elemento de inequidad de género en contra de las mujeres, que en promedio viven más que los hombres y por lo tanto a circunstancias iguales (años de cotización, edad y salario) sus pensiones, sean de riesgos de trabajo o de invalidez y vida, serán menores.

Un aspecto sobresaliente de la reforma es la participación de entidades privadas del sector financiero, Afores y compañías aseguradoras, en la administración de las cuentas individuales, las rentas vitalicias y las pensiones de sobrevivencia como un mecanismo para que el ahorro interno que éstas implican se vuelque hacia el sector productivo. Sin embargo, no se debe olvidar que cuando se introdujo en 1992 el Sistema del Ahorro para el Retiro (SAR), el objetivo básico era incrementar

el ahorro interno y ello no logró revertir la tendencia a la baja del mismo como proporción del PIB, por lo que es necesario conjugar estos instrumentos de ahorro interno con un paquete integral de políticas económicas que favorezcan la inversión y la obtención de beneficios a favor de las cuentas individuales.

Una de las características del nuevo sistema de pago de pensiones es que el asegurado o sus beneficiarios, según el caso, tienen la libertad de escoger la aseguradora que administrará su pensión, en busca de mejorar el servicio y eficiencia de las mismas. Sin embargo debería buscarse un mecanismo para evitar que las aseguradoras se queden con la "crema y nata" de estas pensiones, es decir, aquéllas con montos más altos y probabilidades de corta duración y que se discriminen los casos contrarios.

Será interesante también observar el comportamiento de las pensiones, puesto que a la fecha es el IMSS la institución con más experiencia e información en la administración de pensiones, de ahí que para el logro de una mayor eficiencia en el manejo de éstas en favor de los beneficiarios de este sistema habrá de establecerse una estrecha colaboración entre el IMSS y las aseguradoras para obtener mejores sistemas de información que contribuyan a la determinación óptima de las tablas de sobrevivencia, así como de los montos constitutivos que tanto el gobierno federal como el IMSS habrán de entregar a las aseguradoras, pues habrá pensionados que de acuerdo con el diagnóstico que dio origen a su pensión tengan una sobrevivencia menor, y sin embargo se desembolsa un monto calculado con una máxima sobrevivencia; asimismo puede darse el caso contrario.

Otro de los aspectos relevantes que presenta la Ley es que el Instituto puede celebrar convenios con otros organismos públicos o particulares para proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de riesgos de trabajo, en todo caso bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Con esto se permite que las empresas que lo deseen puedan asegurar sus riesgos en instituciones privadas, con lo que implícitamente se introduce competencia del lado de la oferta y entonces el IMSS tendrá que modernizar y hacer más eficientes sus servicios si se pretende su permanencia en este mercado de seguros de riesgos de trabajo. Sin embargo, nuevamente tendrá que cuidarse que no haya actitudes selectivas y discriminadoras, pues el IMSS corre el riesgo de quedarse con la cobertura de las empresas más ineficientes y con mayor número de riesgos de trabajo, lo que representaría una carga financiera muy elevada.

Por otra parte, deberá preverse el establecimiento de controles necesarios sobre ciertos incentivos perversos que pueden generarse, como el que las empresas no informen los accidentes del trabajo, sobre todo los graves e incluso las muertes, ya sea porque los oculten o los informen como enfermedad general, lo cual podría perjudicar en última instancia al trabajador, otorgar un beneficio a la empresa al pagar menor cuota y desfinanciar al IMSS.

Un elemento importante a considerar son los costos de la transición, ya que el financiamiento de las pensiones en curso de pago estará a cargo del presupuesto federal y las nuevas pensiones requerirán de una alta capitalización en los primeros años de existencia, por lo que para pagar las sumas aseguradas, las cuales son casi equivalentes a los montos constitutivos por el valor presente de toda la carrera pensional, estará a cargo del presupuesto federal y del IMSS. Esto ha dado lugar al establecimiento de una estrategia de afrontamiento para financiar la transición de este seguro.

En este mismo proceso de transición de la ley derogada a la vigente, llama la atención la acertada estrategia seguida por el IMSS, al implementar en 1995 el Programa Estratégico de Salud en el Trabajo, el cual tiene dos vertientes: el Programa de Salud de los Trabajadores, con enfoque meramente preventivo de acciones de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, seguridad e higiene y protección del ambiente y el Programa de Riesgos de Trabajo e Invalidez, orientado a incrementar la eficiencia clínica de la dictaminación de las incapacidades permanentes e invalidez y llevar un control de las mismas; ambos programas han conseguido que la tendencia creciente de los riesgos de trabajo y las pensiones se haya revertido. El conjunto de estas acciones requiere de un fortalecimiento aún mayor, ya que son la clave para evitar el daño de los trabajadores y por ende de la planta productiva, pero de manera relevante para mantener las finanzas sanas de este seguro.

● Principales conclusiones y recomendaciones

La reforma al Seguro de Riesgos de Trabajo se inserta en una transformación de la seguridad social que imparte el IMSS, cuyos objetivos principales son congruentes con la política económica y social del gobierno, así como para dar viabilidad financiera al Instituto, contribuir al incremento del ahorro interno para financiar la inversión productiva y hacer una institución más eficiente en el uso de sus recursos.

Por las características específicas del Seguro de Riesgos de Trabajo la reforma incide tanto en las prestaciones de corto plazo como en las pensiones, y ambas en los aspectos de salud. De ahí que la reforma de este seguro, a diferencia de los otros que cubre el IMSS (enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía y vejez así como de guarderías y prestaciones sociales) implica un cambio más integral tanto del lado de la demanda como de la oferta, pues no sólo afecta los aspectos de financiamiento sino que empuja a realizar cambios en la organización de la atención médica y fomentar programas preventivos y de mejoramiento de las condiciones de trabajo en las empresas.

De acuerdo con el análisis mostrado a lo largo del trabajo pueden concluirse que las principales fortalezas y debilidades de la reforma son las siguientes:

Fortalezas

- Cálculo individual de las primas en función del riesgo de cada empresa y su revisión anual.
- Se mejora técnicamente la fórmula para el cálculo de la siniestralidad.
- Se incluye una prima mínima de riesgo de 0.25 por ciento para financiar los gastos de administración, independiente de la siniestralidad de las empresas.
- Se introduce un factor de prima sujeto a revisión anual para el logro del equilibrio financiero de este seguro.
- Sistema de primas móviles, pudiendo subir o bajar (revisión anual).
- Incentivos para la promoción y prevención de los riesgos de trabajo.
- Impulso a la productividad y competitividad de las empresas.
- Pensiones protegidas por cuenta individual y contra la inflación, y su monto estará en función del ahorro proporcional y desde luego de la marcha de la economía.
- Las pensiones se actualizan anualmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor.
- Introducción de entidades privadas en la administración de rentas vitalicias y de sobrevivencia.
- Promoción del ahorro interno, si se vincula a un conjunto de políticas económicas que favorezcan el desarrollo.

-Instituciones públicas y privadas pueden ofrecer las prestaciones en especie y subsidios del seguro de riesgos de trabajo.

-Se impulsa la modernización e incremento de eficiencia y calidad del IMSS en el otorgamiento de los servicios médicos y preventivos de este ramo de seguro.

Debilidades

-Se termina con el esquema solidario, lo que puede propiciar que las empresas más atrasadas y con menores recursos empeoren sus condiciones de seguridad e higiene.

-La forma en que se estiman las rentas vitalicias es inequitativo para las mujeres.

-Al participar instituciones privadas de seguros pueden producirse acciones de discriminación y selectividad de los pensionados.

-Al participar instituciones privadas de seguros de riesgos de trabajo pueden generarse acciones de discriminación y selectividad de empresas.

-El incentivo a disminuir accidentes y enfermedades de trabajo puede ser perverso, pues puede dar lugar al ocultamiento de los mismos en perjuicio de los trabajadores.

-Altos costos de transición al pasar de un régimen público a privado.

Recomendaciones

-La creación de mecanismos compensatorios en los que se dé prioridad a las empresas más atrasadas mediante la creación de un fondo solidario de riesgos de trabajo para el apoyo en el fomento de actividades preventivas en esas empresas.

-La creación de un instituto de educación e investigación en salud, seguridad e higiene en el trabajo en apoyo principalmente a empresas desfavorecidas.

-Revisar el cálculo de las rentas vitalicias por género, pensando en encontrar un esquema solidario entre hombres y mujeres para tal estimación.

-Determinación óptima de las tablas de sobrevivencia y montos constitutivos por diagnóstico.

-Establecer mecanismos de regulación para la cobertura de pensionados sin discriminación y selección adversa.

-Establecer mecanismos de regulación para la cobertura de empresas por instituciones privadas de seguro de riesgos de trabajo para prevenir discriminación y selección adversa.

-Establecer un sistema de monitoreo para verificar el número de accidentes y enfermedades del trabajo en las empresas.

-Establecer estrategias y programas intersectoriales para impulsar una cultura de la prevención de los riesgos de trabajo.

-Establecer campañas de difusión para que los trabajadores conozcan los cambios de este seguro.

-La clave para disminuir los costos de la transición está en la modernización de los servicios de salud en el trabajo del IMSS, a efecto de lograr mayor eficiencia y calidad en la atención médica y en la calificación de los accidentes e incapacidades permanentes así como en los servicios preventivos de seguridad e higiene que se ofrecen a las empresas.

-Extender la reforma a los aspectos de salud de este ramo en el IMSS a fin de incrementar su eficiencia técnica y económica, disminuir los costos y aumentar la equidad y calidad de los servicios.

-Implementar en el IMSS un sistema de evaluación de la reforma para medir su impacto y costos y hacer las adecuaciones necesarias, si así se requiriera.

● Bibliografía

ARANCIBIA, Juan, "La reforma del sistema de pensiones y el ahorro interno", en *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, IIEC-Triana, México, 1997.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), *Ley del Seguro Social*, México, 1973.

_____, *Diagnóstico*, IMSS, México, 1995.

_____, "Ley del Seguro Social", en *Diario Oficial de la Federación*, 21 de diciembre de 1995 (entró en vigor a partir del 1 de julio de 1997), México, 1996.

_____, *Sistema de información de riesgos de trabajo*, Coordinación de Prestaciones, SUI-SS, México, 1996.

_____, "Salud en el trabajo", en *Boletín*, vol. 1, núm. 0, México, noviembre de 1997.

_____, *Resultados del seguimiento a días subsidiados y pensionados a diciembre de 1997*, Coordinación de Prestaciones Económicas, México, 1997.

MARTÍNEZ, G., *Aportaciones al debate. La seguridad social ante el futuro*, IMSS, México, 1997.

- PALMERO, O., M. Millor y M. Elizondo, *Financiamiento y extensión de la seguridad social en América Latina*, IMSS, México, 1981.
- SANTOYO, Rocío, René Leyva y M.V. López, "Frecuencia y gravedad de los riesgos de trabajo en los asegurados del Instituto Mexicano del Seguro Social 1992-1996", en *Memoria de la I Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo*, IMSS, México, 1997.
- SOTO PÉREZ, Carlos, "Bases actuariales de la Nueva Ley del Seguro Social", XL Reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Santo Domingo, República Dominicana, 25 al 29 de noviembre de 1996.
- TAMBURI, G., *Nota técnica sobre la organización financiera y los estudios actuariales en el Instituto Mexicano del Seguro Social*, OIT, Ginebra-México, noviembre de 1977.

Apreciaciones generales sobre las reformas al sistema de pensiones en Guatemala

Saúl Osorio Paz

● Introducción

En este artículo se presentan algunos antecedentes de la creación del régimen de la seguridad social en Guatemala a cargo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) como ente público, dado que el gobierno actual, bajo lineamientos de instituciones financieras hegemónicas por Estados Unidos, se propone cambiar dicha institución mediante la denominada Ley del Sistema de Ahorro Previsional con fines eminentemente privatizadores y especulativos.

En una segunda etapa analizamos los alcances adversos que para los trabajadores y para el país tendría la aprobación de esa Ley por parte del Congreso de la República.

Finalmente analizaremos la propuesta de la Fundación Friedrich Ebert. Puesto que se diferencia de la gubernamental, nosotros le hicimos las consideraciones que estimamos pertinentes para que pudiera ser aceptable dentro de las condiciones particulares de Guatemala.

● Antecedentes

La revolución triunfante del 20 de octubre de 1944, teniendo en mente un programa democrático de largo alcance en beneficio de la población trabajadora mediante la constitución de la República emitida en marzo de 1945 dispuso, entre otras cuestiones básicas:

Se establece el seguro social obligatorio. La Ley regulará sus alcances, extensión, y la forma en que debe ser puesto en vigor. Comprenderá por lo menos, seguro contra invalidez, vejez, muerte,

enfermedad y accidentes de trabajo. Al pago de la prima de seguro contribuirán los patrones, los obreros y el Estado.¹ El 28 de octubre de 1945, el Congreso de la República emitió el decreto 295, "Ley orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social", por medio del cual se crea ese instituto, como institución autónoma, de derecho público, con personería jurídica y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es la de aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala un régimen nacional, unitario y obligatorio de seguridad social, de conformidad de protección mínima.²

Las constituciones posteriores a la de 1945 garantizan en general la seguridad social, salvo que, como resultado de la invasión estadounidense a Guatemala en 1954, el gobierno derivado de ella en el Decreto 545 del 14 de febrero de 1956 estableció que el nombramiento de gerente y subgerentes corresponde hacerlos al Presidente de la República, lo cual ha cercenado la autonomía de la institución y ha afectado negativamente la autonomía administrativa y financiera.

La cobertura de riesgos sociales comprende: Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, Maternidad, Enfermedades generales, Invalidez, Orfandad, Viudez, Vejez, Muerte (gastos de entierro), y las otras que los reglamentos determinen.

Los órganos superiores del Instituto son la Junta Directiva, la Gerencia y el Consejo Técnico. La primera, integrada por un representante propietario y un suplente de:

- a) El Presidente de la República;
- b) la Junta Monetaria;
- c) la Universidad de San Carlos de Guatemala;
- d) el Colegio de Médicos y Cirujanos;
- e) las Asociaciones Patronales, y
- f) los sindicatos.

Con respecto a las estructuras operativas, en la actualidad el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), administra dos progra-

¹ Constitución de la República de Guatemala, 1945, artículo 63.

² Eduardo A. Velázquez Carrera, *El régimen de la seguridad social en Guatemala*, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 1996, p. 11.

mas. El primero conocido como Enfermedad, Maternidad y Accidentes de Trabajo (EMA). El segundo es el de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS).³

Respecto al segundo programa que se administra desde 1986, el Instituto otorga servicio médico a pensionados, a los provenientes de clases pasivas del Estado y de las entidades estatales, descentralizados, autónomas y semiautónomas. Los fondos del IVS se cubren con 1.5, 3.0 y 1.5 por ciento correspondientes a la nómina, por los trabajadores, empleadores y Estado respectivamente. Actualmente el programa de invalidez, vejez y sobrevivencia cubre todo el territorio nacional. El programa recién mencionado cubre a asalariados de empresas con tres o más trabajadores en el Departamento de Guatemala o cinco o más trabajadores en el resto del país. Los trabajadores agrícolas y algunos empleados públicos se cubren en todo el país. Existe, en tal caso, un sistema especial para los otros empleados públicos. Cabe aclarar que la extensión horizontal alude a los asalariados, en un país en que para 1989 el 48.6 por ciento era de esa categoría y un 49.9 por ciento por cuenta propia y ayudantes de familia.⁴

Entre 1987 y 1995 el número de patrones vigente en la República pasa de 20 896 a 29 379, con un crecimiento medio anual de 4.4 por ciento; en la agricultura de 5 427 a 5 849, con un crecimiento medio anual de 0.9 por ciento; en la industria manufacturera de 4 289 a 7 456, con crecimiento de 3.6 por ciento; en servicios de 4 419 a 7 456, con crecimiento de 6.8 por ciento, y en comercio de 4 110 a 6 693, con un crecimiento del 6.3 por ciento.⁵ Por su parte los trabajadores afiliados activos pasaron de 678 995 a 855 596, con un crecimiento medio anual de 2.9 por ciento; de patrones particulares pasaron de 534 808 a 718 202, con crecimiento del 3.5 por ciento; del Estado de 100 690 a 113 148, con un crecimiento del 1.5 por ciento, y del Estado por plantilla de 34 497 a 24 246 con decrecimiento de -4.3 por ciento.⁶ La población total del país en 1995 era de 10 600 000 habitantes.

Como podrá observarse el crecimiento ocupacional escasamente cubre el crecimiento de la población económicamente activa. Asimismo, hay que advertir que los salarios reales empezaron a descender a partir de 1983, alcanzando su punto más bajo en 1990, con 64.58 por ciento respecto a 1980 como base (100 por ciento) habiendo sido los más

³ *Ibid.*, p. 13.

⁴ Velázquez, *op. cit.*, p. 20.

⁵ *Ibid.*, cuadro 1.

⁶ *Ibid.*, cuadro 2.

golpeados minas y canteras (30.09 por ciento), construcción (44.14 por ciento) y el sector público (44.33 por ciento). Estos hechos han afectado al régimen de seguridad, pues se inscriben en el proceso crítico que ha vivido el país, pero vale destacar el incumplimiento de las obligaciones del Estado, como tal y como patrono, que desde 1973 hasta 1994 ha acumulado una deuda con el IGSS de 166 614 millones de dólares. A esto se suma la deuda de la municipalidad de Guatemala de 5 500 000 dólares, Ferrocarriles de Guatemala más de 1 500 000 dólares y la Empresa Municipal de Agua con más 1 500 000 dólares. Todo esto ha condicionado la situación económica del IGSS en forma adversa, además de que los gobiernos que han regido en Guatemala no muestran ninguna preocupación seria por mejorar las condiciones de los trabajadores. Sin embargo, los mismos hechos dan pie para sugerir diversas privatizaciones a partir de acciones que ha generado el propio sistema.

Como ya se indicó, la pérdida de autonomía del Instituto implicó la falta de autonomía financiera y administrativa. Por otro lado, de acuerdo con Velázquez Carrera el *estancamiento del desarrollo capitalista ha implicado* un obstáculo en la extensión de la seguridad social, pues sólo el 48.6 por ciento de la PEA se ha incorporado al sistema salarial, mientras el 49.9 por ciento permanece como trabajadores por cuenta propia y familiar. Los efectos del capitalismo internacional han conducido a que en la década de los ochenta haya crecido más el empleo informal que el formal. Pero aun en el lado de los asalariados el IGSS *únicamente cubre, según el autor recién mencionado*, 60 por ciento, es decir, 786 903 en 1993.

A esos hechos se suma la actitud de patrones y del mismo Estado consistente en registrar aumentos de salarios como bonificaciones, con lo cual se ha evadido el pago de las correspondientes cuotas. Esto conduce a que los patrones y trabajadores cumplidos carguen con las responsabilidades de los evasores.

En julio de 1997 circuló el proyecto de "Ley del sistema de ahorro previsional", que concreta la posición gubernamental en cuanto al tema que abordaremos en adelante.

● Las consideraciones gubernamentales

Interesa aquí señalar la inconstitucionalidad en que se incurriría de ser aprobada esa ley y las incongruencias en que cae el proyecto, con la finalidad de dar paso a una concepción ideológica neoliberal.

En efecto, el Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social, instituido como función pública (no privada). "La aplicación del régimen corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social", todo esto de acuerdo con el artículo 100 constitucional. Tal fundamento se reconoce en el primer considerando, pero en el segundo se dice:

Que con el Programa de Modernización del Estado se busca la redefinición del papel de éste sobre la base de los principios de primacía de la persona, igualdad ante la ley, subsidiariedad, solidaridad, eficiencia y eficacia, descentralización y participación ciudadana en la búsqueda del bien común.⁷

Como se advierte, con un programa se quiere eliminar una base constitucional; pero no sólo es eso: el párrafo tiene múltiples incongruencias. El único acierto desde la óptica neoliberal es la exacerbación del individualismo al afirmar la primacía de la persona sobre la colectividad, soslayando la realidad histórica en que unos ostentan poder económico y político, y otros, sin esos poderes, se hunden en la pobreza o la desocupación.

Si se exalta al máximo el individualismo y se acude a la subsidiariedad, ¿cómo es posible que en la misma frase se hable de solidaridad cuando son conceptos esencialmente antagónicos? El colmo es la ironía cuando allí mismo se anota la participación ciudadana en la búsqueda del bien común.

El siguiente considerando a la letra dice: "Que uno de los mecanismos de modernización es la política de desincorporación, entendida como el proceso mediante el cual el aparato del Estado deja de ejercer funciones empresariales, de tipo comercial, industrial, agrícola o de servicio."⁸ Efectivamente, ése es el mecanismo sugerido por el poder del capital financiero a través del diseño respectivo del Fondo Monetario y el Banco Mundial, pero puede haber mecanismos distintos, que se hagan con sentido realmente democrático, que defiendan a la población, que tenga en mente salvaguardar la soberanía, para lo que se requiere un grupo de poder patriótico, competente, con dignidad e identidad nacionales y que se plantee objetivos, políticas y acciones de desarrollo, tomando en cuenta la realidad del país.

La propiedad es la relación económica fundamental y entregarla al extranjero implica perder capacidad de autodeterminación, en es-

⁷ "Ley del sistema de ahorro previsional" (proyecto) (mimeo.), p. 2.

⁸ *Idem*.

pecial tratándose de servicios básicos de carácter público que dan poder al Estado en su accionar en la proporción del desarrollo. El neoliberalismo no tiene políticas de desarrollo porque cree que basta invocar al mercado para que todo se resuelva automáticamente. Pero además, ¿en razón de qué se compara al Seguro Social con una empresa comercial o industrial, pues es un servicio que no tiene ningún sentido de lucro, que sí alcanzará al privatizar las pensiones?

Otro considerando dice:

Que el sistema previsional guatemalteco se caracteriza por ser deficiente y desarticulado y que ha dado lugar a la creación de regímenes complementarios con requisitos y beneficios heterogéneos, por lo que no se puede decir que haya unidad en el sistema, sino, por el contrario, el sistema actual es poco solidario, y poco equitativo al no guardar proporción los aportes con los beneficios.⁹

Las deficiencias básicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social arrancan, como vimos antes, de los cambios derivados de la invasión estadounidense en 1954. Con raras excepciones, los grupos en el poder han sido herederos de aquel que lo tomó en ese año. En todo caso, el ejército y la oligarquía han constituido una fuerza históricamente adversa a la clase trabajadora, por lo que el neoliberalismo hace mucho tiempo encontró terreno abonado en Guatemala, como pudo verse con el gobierno encabezado por la Democracia Cristiana. Además, decir que hay falta de solidaridad y equidad porque los beneficios no guardan proporción con los aportes es desconocer lo que en la cultura contemporánea significa la seguridad social: la solidaridad consiste precisamente en que quienes ganan menos tengan alguna posibilidad mínima de beneficio superior a sus aportes. Sin duda el IGSS necesita reformas, pero no en la dirección neoliberal.

Por lo que hace a mejores pensiones, ello sólo podrá producirse en el largo plazo bajo supuestos casi milagrosos: moneda estable, no habrá inflaciones o hiperinflaciones, honestidad absoluta en el manejo de los fondos de pensiones, no habrá corrupción en el sistema, los trabajadores recibirán un alto nivel de preparación en mercados financieros para buscar las mejores opciones, no habrá quiebras ni cierres lesivos de las financieras administradoras de fondos y crecerá cons-

tantemente el producto interno bruto por habitante. Pero lo más importante es que la productividad deberá crecer a una tasa anual superior al 2 por ciento para que en definitiva *los beneficios reales* sean también iguales siquiera a un 2 por ciento anual a lo largo de unos 30 años. Por ejemplo, aun en estas quiméricas condiciones, dada la estructura demográfica de Guatemala las pensiones serían inferiores a las que ahora otorga el IGSS, las cuales dentro del sistema actual pueden mejorarse con ligeros aumentos en la cotización.

En definitiva el discurso de las consideraciones lleva a que el Estado delegue el servicio de previsión social en los particulares contra viento y marea, especialmente contra los beneficiarios.

● Las administradoras de fondos de ahorro previsional

Las administradoras estarán organizadas en sociedad anónima de capital variable. Autorizadas por la superintendencia de ahorro previsional (que formaría parte del IGSS), su capital oscilaría entre unos 500 000 dólares aproximadamente para quienes afilien hasta 9 999 trabajadores, y 1 250 000 dólares para 20 000 o más trabajadores. Con excepción de entidades financieras, bancarias y estatales nacionales o extranjeras, cualquier personal natural o jurídico puede ser socio, "nacionales o extranjeras, así como las administradoras de ahorro previsional extranjeras que operen de acuerdo con la legislación establecida en su país de origen"¹⁰ (no la guatemalteca). La participación de extranjeros confirma el afán del neoliberalismo latinoamericano de entregar lo más que se pueda al capital extranjero.

"Las administradoras sólo podrán designar mandatarios para asuntos judiciales, o de representación legal ante terceros, o para *invertir los recursos del fondo de ahorro previsional en el extranjero* [...]"¹¹

Además de otras responsabilidades, toda administradora deberá constituir un fondo de respaldo financiero con recursos de su propiedad equivalente al 2 por ciento del fondo que administre y al 5 por ciento en el primer año. En caso de quiebra se procederá de acuerdo con el Código Procesal Civil y Mercantil, dándole intervención a la Superintendencia de Ahorro Previsional. Un reglamento regulará el traslado de los fondos de una administradora a otra.

¹⁰ *Ibid.*, p. 16.

¹¹ *Ibid.*, p. 18.

⁹ *Idem.*

● La filiación

En los párrafos que siguen nos concretaremos principalmente al caso de los trabajadores protegidos por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, pues el proyecto de ley incluye también las clases pasivas del Estado y puede incluir otros regímenes.

La inscripción es individual, única e irreversible. Una vez aprobada la ley todo nuevo trabajador deberá inscribirse en el nuevo régimen. Quienes están en el régimen actual podrán optar entre permanecer en el mismo o incorporarse al nuevo, sin posibilidad de retornar al antiguo. La administradora que elija "libremente" le abrirá una cuenta individual. En el primer año no podrá cambiar de administradora salvo que pague una comisión conforme lo establece la ley y su reglamento.

La cotización básica del salario cotizante es de 10 por ciento.

Los trabajadores dependientes que tengan menos de sesenta y cinco años de edad están obligados a cotizar en su cuenta de ahorro previsional con el cinco por ciento (5 por ciento) del salario cotizante destinado al ahorro previsional. Los empleadores deberán pagar el equivalente del restante cinco por ciento (5 por ciento) del salario cotizante de sus trabajadores afiliados, porcentaje que se abonará a la cuenta individual de ahorro previsional de cada trabajador. Con la capitalización de esta cotización se financiará las pensiones de vejez.¹²

A voluntad, el trabajador podrá solicitar al empleador el descuento de una cotización adicional a efecto de capitalizarla en la administradora, la cual podrá solicitar al empleador el descuento de una cotización adicional a efecto de capitalizarla en la administradora, la cual podrá suspender en cualquier tiempo. Para los fines mencionados el salario cotizante se determina por todas las sumas de dinero que el empleador pague al trabajador por sus servicios, excluidos los pagos en especie. El límite de dicho salario para cotizar es una suma mensual que equivale a 1 166.00 dólares (20 de julio de 1997).

Las administradoras de fondos en Guatemala se curarían en salud, pues la comisión básica (3.5 por ciento) se cobra del salario junto con la cotización, antes de que los fondos tengan algún rendimiento. Aquí se tiene: "*Comisión por administración de cuentas.* Esta comisión se calcu-

lará como porcentaje del aporte realizado, incluyendo la cotización básica y cotizaciones voluntarias."¹³ Será deducible del salario junto con las cotizaciones. Un porcentaje de esta comisión servirá para contratar un seguro colectivo de invalidez y sobrevivencia de los afiliados a la ADAP.

Además se cobrarán otras comisiones. *Comisión por retiros de la cuenta individual de ahorro previsional*, cuando se opte por el retiro programado; *Comisión por traspaso de comisión*, que será una suma fija; *Comisión por manejo de cuenta inactiva durante más de doce meses*, que se cobrará de la rentabilidad obtenida de los fondos del afiliado.

Estas comisiones se destinarán al financiamiento de la administradora. Comprende el costo de administración del fondo de ahorros previsionales y de las cuentas individuales, el costo de administración de todas las prestaciones que regula esta ley, y los gastos ocasionados por la contratación del seguro establecido en la misma. También se destinarán a la conformación del presupuesto anual de funcionamiento de la Superintendencia de Ahorro Previsional.¹⁴

Para pagar todos esos gastos, incluyendo los de la burocracia de la administradora y de la Superintendencia, las deducciones al salario o a los frutos de los fondos tienen que ser altas. Las comisiones serán establecidas por las propias administradoras, no por acuerdo.

● La inversión de los fondos

Según el artículo 73, los instrumentos en que puede invertirse van desde valores emitidos por el gobierno y el Banco Central, o garantizados por éstos, hasta documentos de entidades y gobiernos extranjeros, pasando por valores bancarios. Sin duda hay instrumentos riesgosos. En general la tendencia es a invertir en el área especulativa.

Pero una cuestión muy delicada es la sustracción forzosa de plusvalía en calidad de ahorro forzoso, que en alto porcentaje iría a parar al extranjero en un país en que en 1995 el ahorro interno apenas alcanza el 7.3 por ciento. Esta fuga podría ser hasta del 55 por ciento (art. 75-7) de los fondos. Sólo en el caso de los trabajadores del ICSS con salario medio de 1 000 quetzales mensuales (167.00 dólares) alcan-

¹³*Ibid.*, p. 11.

¹⁴*Ibid.*, p. 12.

¹²*Ibid.*, p. 10.

zaría 440 millones de quetzales, unos 73 millones de dólares anuales. Con esto se contribuiría a capitalizar algún país desarrollado y a disminuir la capitalización interna.

Desde luego el proyecto no descuida quién debe calificar el riesgo de los documentos, y la tendencia es clara. Aunque se admite la posibilidad de la formación de sociedades constituidas en Guatemala, el énfasis explícito está en "b) las agencias clasificadoras de riesgos internacionales reconocidas por la Securities and Exchange Commission' (SEC) de los Estados Unidos de Norteamérica (National Recognized Rating Organization)"¹⁵ y las de cualquier otro país, siempre que tengan inversión estadounidense en su capital.

● La pensión por vejez

En el presente trabajo nos ocuparemos únicamente del caso de las pensiones por vejez, pues las mismas ilustran suficientemente los objetivos y las graves consecuencias que tendría la emisión de esta ley.

Actualmente estas pensiones en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social tienen como requisito haber cumplido 60 años de edad, y según Acuerdo 1007 de la Junta Directiva del Instituto publicado en el *Diario de Centroamérica* (oficial) el 6 de abril de 1995: "La remuneración base para determinar el monto de la pensión de vejez es igual al promedio que resulte de dividir la suma de los salarios devengados en los últimos 60 meses de contribución anteriores a la fecha en que se adquiere el derecho."¹⁶ Es también requisito tener 180 cotizaciones, equivalentes a 15 años.

El proyecto de ley comentado eleva en cinco años la edad requerida al establecer que "los afiliados que hayan cumplido sesenta y cinco (65) años de edad tendrán derecho a disponer del capital acumulado en su cuenta individual de ahorro previsional, con la finalidad de financiar una pensión por vejez mediante alguna de las modalidades de pensión establecidas en esta ley".¹⁷ También se establece que:

b) para calcular las pensiones se utilizará como base el salario promedio reportado al régimen por el trabajador en los últimos quince (15) años previos a la jubilación.¹⁸

¹⁵ *Ibid.*, p. 32.

¹⁶ *Diario de Centroamérica* (oficial), Guatemala, 6 de abril de 1995, p. 592.

¹⁷ "Ley del sistema de ahorro previsional", *op. cit.*, p. 32.

¹⁸ *Ibid.*, p. 66.

Sin duda este requisito, comparado con el actual, baja el promedio salarial base para la pensión.

En el mismo texto se establece la unificación de las Clases Pasivas Civiles del Estado y de quienes deseen permanecer en el IGSS, pero

...el Programa Unificado de Pensiones será financiado con las actuales reservas técnicas del programa [del IGSS] y las cotizaciones que se perciban por el grupo de trabajadores que opte por mantenerse en este programa. El Estado se hará responsable de cualquier déficit que pueda presentarse en el financiamiento de este programa.¹⁹

El bajo ingreso por habitante y el estancamiento económico hacen difícil el problema de estas pensiones con la metodología propuesta. Aunque la expectativa de vida no sobrepase los 65 años, con lo cual dado el caso el trabajador no disfrutaría en promedio sus pensiones, habrá quienes podrán vivir muchos arriba de la edad de pensionarse. En todo caso es el fondo acumulado la fuente real de la pensión, pero según la ley, una vez agotado, será el Estado el responsable de otorgar una pensión básica, lo cual enfrentará al pensionado en la etapa final de su vida a una situación económica difícil. Esto si el Estado le paga.

● Las responsabilidades del Estado

Toda vez que se desfinancie la capacidad de otorgar la pensión se le pasa la cuenta al Estado. Así, aunque el neoliberalismo repudia al Estado, cuando se trata de evadir responsabilidades acude a él.

El artículo 161 de la proyectada ley dice:

El Estado garantiza pensiones básicas de vejez, invalidez y sobrevivencia de los afiliados que reúnan los requisitos que señala la presente ley. Las pensiones básicas de vejez e invalidez total serán equivalentes al cuarenta por ciento (40 por ciento) del salario cotizable promedio reportado al sistema de ahorro previsional durante el año calendario anterior. Las pensiones básicas de invalidez parcial serán equivalentes al treinta por ciento (30 por ciento) del salario cotizable promedio reportado al sistema de ahorro previsional durante el año calendario anterior. El monto de las pensiones

¹⁹ *Idem.*

básicas de sobrevivencia se determinarán aplicando los porcentajes establecidos en este título a la pensión básica de vejez e invalidez vigente...²⁰

En cada caso hay que cumplir una serie de requisitos marcados por la ley. Pero lo importante es señalar que dichas pensiones se pagarían a cuenta del presupuesto de ingresos y egresos del Estado, artículo 166.

La garantía estatal de pensiones básicas de vejez, invalidez y sobrevivencia operará en los siguientes casos:

- a) Cuando se agote el capital acumulado en la cuenta individual de ahorro previsional como producto de las cotizaciones básicas, las cotizaciones voluntarias adicionales, el certificado previsional, las transferencias del seguro contratado y el aporte adicional, si corresponde, en los casos de afiliados o beneficiarios acogidos a retiro programado.
- b) Cuando los afiliados inválidos se encuentren recibiendo pensiones pagadas por la administradora. El Estado completará la diferencia entre el monto de la pensión básica y la pensión pagada directamente por la administradora.
- c) Cuando se agote el saldo retenido en el caso de inválidos parciales.²¹

Tres aspectos fundamentales advierten contra ese papel del Estado:

1. El bajo ingreso por habitante en el país;
2. la baja carga tributaria del país, que apenas sobrepasa el 7. por ciento del producto interno bruto, unido a la renuencia de la oligarquía a permitir el alza del impuesto. Es más, recientemente se impulsa un sistema altamente regresivo, y ya fue rebajado el impuesto sobre la renta para los contribuyentes de altos ingresos, y
3. el sistemático incumplimiento del Estado como tal y como patrono con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

A enero de 1997 el Estado adeudaba al IGSS. 2 300 millones de quetzales (cerca de 400 000 dólares), que buena falta han hecho a la

²⁰ *Ibid.*, p. 57.

²¹ *Ibid.*, p. 59.

entidad. ¿Cómo podría el Estado guatemalteco cumplir con esas obligaciones? Nadie en su sano juicio podría creerlo.

● Algunos aspectos evaluatorios

a) Sin duda el proyecto es impulsado por el capital financiero especulativo trasnacional, ya que los fondos se destinarían eventualmente a incrementar los fondos de empresas extranjeras.

b) La misma ley viola la Constitución Política de la República y otras leyes, principalmente los artículos 100 y 106 constitucionales que aluden al carácter exclusivamente público de la seguridad social y a la irrenunciabilidad de los derechos laborales, respectivamente.

Asimismo viola leyes como la Ley Orgánica de la Universidad de San Carlos y el Código de Trabajo.

c) Arriesga la balanza de pagos por la fuga de fondos al exterior.

d) Las pensiones propuestas serían inferiores a las que otorga el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y además inciertas por todos los riesgos que conlleva la administración privada.

e) El Estado guatemalteco es incapaz de garantizar las pensiones básicas.

● Síntesis de una alternativa²²

Después de hacer un estudio completo de los programas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Fundación Friedrich Ebert formula una propuesta para el caso de las pensiones, considerada como *modelo mixto*: la parte pública administrada por el IGSS y la privada denominada de capitalización plena individual.

Se propone volver en forma gradual a la edad de 65 años para tener derecho a pensión, a partir de los 65 años se estima un promedio de 15.4 años de vida pensionada, lo cual pudiera constituir un colchón benéfico para las administradoras de fondos. Para el cálculo de la pensión se indizarían los salarios, pero el promedio retrocedería hasta los 20 años. Otro aspecto consiste en que la tasa de reemplazo sería mayor para los trabajadores de bajos ingresos y menor para los de altos ingresos, que se supone usarán capitalización plena individual.

²² Carmelo Mesa-Lago, Miguel Ángel Barrios y Homero Fuentes, "La seguridad social en Guatemala. Diagnóstico y propuesta de reforma", este documento fundamenta la propuesta sintetizada, Fundación Friedrich Ebert, abril de 1997 (mimeo.).

Los factores de pensión propuestos para cada año de contribución serían:

Hasta 1 salario mínimo	2.75%
Hasta 2 salarios mínimos	2.00%
Más de 2 salarios mínimos	1.5%

“La aplicación de tasas decrecientes de reemplazos es sobre excesos. Por ejemplo, una persona ubicada en el tramo 2, se aplicaría 2.75 por ciento por cada año cotizado sobre el primer tramo de salario, y 2.00 por ciento por cada año cotizado sobre el exceso.”²³ Además se propone una pensión mínima y una máxima. La primera igual al 50 por ciento del salario mínimo mensual del trabajador agrícola, ajustable periódicamente. La máxima sería igual a cinco veces el salario mínimo mensual del trabajador agrícola, y relativamente el 65 por ciento de la base de cálculo, que sería también ajustable. Los salarios de cotización serían un 75 por ciento del salario mínimo agrícola y como límite superior diez veces el salario mínimo.

La propuesta conlleva también la idea de reformar la Ley Orgánica del IGSS para flexibilizar el manejo de las reservas a fin de invertir las en la mejor forma: recuperar la autonomía en el nombramiento del personal de dirección; reducir la Junta Directiva a la representación de trabajadores, patrones y Estado. Sin duda el técnico Mesa-Lago desconoce el historial político de nuestro país y por eso hace esta última propuesta, cuya inclusión sería nefasta tanto para el sistema como para los trabajadores.

Como adición se propone un programa no contributivo con carácter de asistencia social, con contribuciones estatales y de los asegurados, que según los autores significarían una pensión muy básica que debe estar sujeta a la prueba de recursos para no poner en riesgo la estabilidad económica.

Después de hacer una crítica al sistema sustitutivo antes comentado, se propone el sistema mixto, al cual se le señala como ventaja que al pensionarse el beneficiario recibiría una pensión pública y una privada, derivada de su esfuerzo. La propuesta aquí ignora el riesgo que implica en el caso particular de Guatemala un sistema mixto. Sería una pertinaz insistencia de los especuladores en convertir el sistema público en privado, dada la calidad ética que el capitalismo presenta en Guatemala en su historia de los últimos años. Y esto puede implicar

²³ *Ibid.*, p. 118.

más riesgo cuando la misma propuesta dice: “Los riesgos de invalidez y sobrevivencia continuarían siendo cubiertos por el IGSS, el programa de vejez es el que quedaría sometido al nuevo sistema.”²⁴

Los fondos de la capitalización plena individual podría administrarse por empresas privadas o públicas con iguales reglas del juego. Sin embargo el cobro de las contribuciones seguiría a cargo del IGSS, que transferiría a los entes privados la parte correspondiente, cosa que nos parece *onerosa para el IGSS y beneficiosa para las empresas privadas*. En cuanto a la propuesta, continúa:

Se estima que con una contribución del 5 por ciento, una rentabilidad real del 4 por ciento de la inversión (conservadora), un crecimiento de salarios del 1 por ciento anual y una densidad de cotización del orden del 75 por ciento, se puede obtener una pensión a los 65 años entre 25 y 35 por ciento del último salario, dependiendo de esas variables y del costo de administración (comisión).²⁵

Para el caso particular de Guatemala, país con graves problemas estructurales y hasta cierto grado disputas raciales que no tienen un horizonte claro de su final, con bajo crecimiento del producto interno bruto y de la productividad, con una alta concentración de la riqueza y del ingreso, la propuesta no es conservadora sino demasiado optimista. Un buen resultado sería un 2 por ciento real en un periodo de 30 años, pero que arrojaría pensiones más bajas que las del IGSS.

De acuerdo con la propuesta, la actual prima del 4.5 por ciento garantiza el equilibrio financiero del programa de IVS hasta el año 2024, por lo que a partir del 2025 habría que pasar a otro escalón, mediante el aumento de la prima. Pese a ello se propone elevar la prima “como estrategia para capitalizar el sistema y afrontar exitosamente los retos que plantea el notable aumento de los costos del IVS en largo plazo”.²⁶ Si el Estado pagara el cuantioso adeudo que tiene con el IGSS ello aumentaría notablemente la fortaleza del programa de IVS.

La propuesta de la Fundación Friedrich Ebert contempla un alza de la cotización al 7.5 por ciento a partir de 1998, lo que mejora la relación reserva/gasto que alcanzaría un máximo de 18.4 entre 2020

²⁴ *Ibid.*, p. 125.

²⁵ *Idem.*

²⁶ *Ibid.*, p. 130.

y 2025. En todo caso este aumento mantendría el equilibrio financiero hasta el año 2048. Esto es, con un solo escalón tal equilibrio llegaría hasta ese año. Según los autores el ICSS tiene una posición privilegiada, casi única en la región, desde el punto de vista financiero.

Como se dijo, la reforma propuesta incluye otros programas. En la parte concluyente la Fundación resume señalando que la contribución del empleador sería del 3 por ciento, 0.5 por ciento para el IVS y 2.5 por ciento para capitalización plena individual. La actual contribución del patrono por accidentes se reduciría del 3 al 1.5 por ciento y la diferencia se destinaría de este modo: 1 por ciento para IVS (componente público) y 0.5 por ciento para Enfermedad-Maternidad.

La contribución del asegurado se aumenta en 2.5 por ciento, destinada a la capitalización individual. La contribución por accidentes del trabajador se reasignaría así: 0.5 por ciento para IVS (público) y 0.5 por ciento Enfermedad y Maternidad.

El gobierno de Guatemala desde hace tiempo ha tratado de dar la imagen de que el ICSS está al borde de la quiebra. Como se ve esto no es cierto. Sin embargo el interés del capital especulativo es relativamente grande por motivar una reforma en el programa de IVS. Si con sólo aumentar un escalón el equilibrio financiero se mantiene por unos 50 años, ¿por qué la urgencia de la reforma, a no ser el afán de aprovechar recursos de los trabajadores para incrementar su enriquecimiento?

La propuesta de la Fundación no descarta una confirmación de tipo actuarial. Pero, en todo caso, dicha propuesta pareciera coincidir bastante con la de la propia Institución.

Los sistemas informales de seguridad social: experiencias en México y el istmo centroamericano*

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Sede Subregional en México

● Introducción

La elaboración del documento que a continuación se extracta respondió a la inquietud que sobre distintos campos del pensamiento económico y social ha generado en los países de la región la reforma de los sistemas de seguro social. Por una parte, en la mayoría de los países aquí considerados –México y los del istmo centroamericano– resalta que estos sistemas suelen proteger en forma preponderante a estratos asalariados de la población, por regla general adscritos al sector formal urbano de la economía. Por la otra, sucede que estas reformas, en particular las de las pensiones, demandan cuantiosos recursos públicos que en estos términos adquieren un carácter socialmente regresivo. En efecto, en estos países la mayor parte de la población perteneciente a sectores pobres e indigentes, sobre todo del medio rural, no recibe de ellas ningún beneficio pues se desenvuelve por completo al margen de las prestaciones de los sistemas de seguro social.

Es sólo el sistema de seguridad social –en su sentido más amplio– el que podría ofrecer protección a la población en general, dentro de una concepción actualmente cuestionada de Estado benefactor que, por lo demás, no llegó a construirse con plenitud en ninguno de estos países, ni siquiera en Costa Rica. Aun así, los múltiples y variados mecanismos de bienestar “universales” y de asistencia pública, entre los que destacan los servicios generales de salud, suelen ser limitados en

* Versión resumida del documento preliminar que con el mismo título y con las siglas LC/MEX/R.634 elaboró la Unidad de Desarrollo Social de la Sede Subregional de la CEPAL en México. En él colaboraron Pablo Serrano, Gabriela Salgado, Ilonka Krauss y Evangelina Mijares. Una versión revisada de mayor difusión será publicada próximamente.

su cobertura, además de insuficientes en su calidad y cantidad. En general, la población rural dispersa en comunidades aisladas, e incluso grupos marginados urbanos, quedan fuera de la cobertura de los sistemas de salud.

Las formas tan ricas y variadas que aún persisten de lazos tradicionales de solidaridad dentro de la familia, en particular la ampliada, y de las comunidades, tanto rurales como urbanas, constituyen para muchos prácticamente la única forma de "seguridad social" que conocen. Esto es más marcado entre la población indígena, que se caracteriza por tener una cohesión social más fuerte. Sin embargo, estas prácticas de la familia extendida pueden alentar la procreación, que agrava el círculo vicioso de la pobreza (CEPAL, 1992).

Además, muchos de estos factores generan efectos ambivalentes, pues la pobreza misma propicia situaciones de cohesión comunitaria a la vez que puede exacerbar condiciones de competencia y egoísmo para la subsistencia. En todo caso, los pobres enfrentan severas limitaciones para ayudar a otros pobres, por lo que necesariamente se requieren recursos exógenos complementarios.

No se pretende abordar exhaustivamente esta temática de esencia antropológica, que trasciende incluso el ámbito económico y social. Más bien, se persigue aquí poner de relieve la importante magnitud de este sector de la población que vive al día, al margen de cualquier apoyo institucional y con base en sus propios mecanismos de supervivencia, y aportar posibles vías para apoyarlo.

● Seguridad y seguro social

Es importante tener presente que

...la *seguridad social*, en su sentido lato, está conformada por una vasta gama de políticas y mecanismos de bienestar, previsión y asistencia social, dirigidos a la población en general, si bien con énfasis en la más necesitada. Muchas de las políticas orientadas a atenuar las manifestaciones de la pobreza –aunque no sus causas– forman parte de ella. [Por su parte], el seguro social tiende a limitar su cobertura a la fuerza de trabajo asalariada y a algunos de sus dependientes; se financia con contribuciones de los asegurados y los empleadores (y a menudo también del Estado); otorga beneficios relacionados por lo menos en parte con tales aportaciones, y se organiza en programas diferentes (a veces separados), cada

uno referente a un riesgo social (el bienestar social o la asistencia pública se organizan normalmente en programas separados). La seguridad social protege por lo general a casi toda la población contra todos los riesgos sociales; depende de una gran diversidad de recursos financieros (incluida la tributación general); otorga beneficios más uniformes y unifica los servicios en una organización que integra o coordina los diversos programas (incluida la asistencia pública) (Mesa-Lago, 1986).

La función redistributiva del Estado ha encontrado en la seguridad social un campo de acción privilegiado. Sin embargo, debido a la baja cobertura de los sistemas de seguro social en la mayoría de los países de la región –tanto en materia de salud como de prestaciones económicas–, el efecto obtenido suele ser el contrario.¹ En rigor, los sistemas de seguridad social tienden en conjunto a acentuar las desigualdades económicas y sociales. Por una parte, a menudo las mayores prestaciones las reciben los grupos mejor organizados de la sociedad y con mayor poder económico y político, como las fuerzas armadas, los empleados públicos y los bancarios. Por otra, los estratos sin acceso a sus distintos programas son los que más los necesitan por ser los de más bajos ingresos. Entre éstos se cuentan los grupos más vulnerables: las mujeres, las minorías étnicas y, en algunos países centroamericanos, los desplazados, refugiados y repatriados (CEPAL, 1995).

La insuficiente cobertura del seguro social

Los sistemas de seguridad social de los países considerados muestran diferencias en su composición y madurez institucional y programática. Sin embargo, como se ha reiterado, están constituidos por programas generales de orientación universal y por programas específicos para grupos determinados de la población. Entre éstos se cuentan los que llevan adelante los institutos de seguro social para sus afiliados y los programas selectivos para grupos específicos de la población en condiciones desventajosas.

¹ Es frecuente que dentro del grupo de los afiliados a los institutos de seguro social, en particular en los servicios médicos y hospitalarios, se produzcan transferencias redistributivas entre los distintos estratos de cotizantes. Una proporción significativa de los estatutos de mayores ingresos –y cotizaciones– suele prescindir de dichos servicios, por considerarlos deficientes y por tener posibilidades económicas de acceso a servicios privados más onerosos. De esta forma liberan una demanda en favor de los grupos que no tienen otras alternativas viables.

De cualquier manera, la cobertura de los primeros se concentra en las áreas urbanas, donde son muy frecuentes las duplicaciones. Un ejemplo es el que ofrecen los servicios médicos de los institutos de seguro social y los de los ministerios de salud, que pueden atender a la misma población. También es frecuente y simultáneo el caso opuesto: el de los huecos en la cobertura generados por servicios fragmentados, sobre todo en pequeñas comunidades rurales aisladas y dispersas, donde están ausentes no sólo los centros públicos de salud sino incluso los dispensarios que instalan las iglesias y otras ONG.

En los países de la subregión considerada coexisten sistemas de seguro social de diferente grado de alcance y desarrollo. Los más maduros son los de Costa Rica, Panamá y México, que se empezaron a fundar en la década de los cuarenta. De forma adicional a los institutos o cajas nacionales de seguro social, se establecieron subprogramas para empleados públicos y otros estamentos que conjuntamente integran el sistema. Como porción de la población económicamente activa (PEA), en Costa Rica está cubierto el 77 por ciento, en Panamá el 64 por ciento y en México el 44 por ciento. Pero estos índices se elevan si se considera la atención de salud, gracias a reformas institucionales introducidas en los sistemas respectivos, como es el caso de Costa Rica, en que la protección de la Caja Costarricense de Seguro Social es prácticamente universal, lo que constituye una excepción en la región. En Panamá, esta cobertura se estima actualmente entre 60 y 65 por ciento, y en México, de 58 por ciento entre 1990 y 1995 (véase cuadro 1).

En el otro extremo se ubican los cuatro países centroamericanos restantes, cuyos institutos de seguro social son en su mayoría de reciente creación. Su cobertura es significativamente inferior, pues oscila entre 13 y 16 por ciento de la población total.

Los programas públicos de salud y servicios básicos

Entre los países considerados existe una gran heterogeneidad en cuanto al porcentaje de la población con acceso a los servicios de salud. Por una parte, en Costa Rica accede prácticamente toda la población (en 1990 era de 96 por ciento); le siguen Panamá, México y en menor medida Nicaragua.² En el extremo opuesto se encuentra Honduras, donde

²Las cifras relativas a los servicios de salud que aparecen en el cuadro 2 corresponden a 1990. En los años transcurridos de este decenio, Costa Rica prácticamente universalizó los servicios de salud y en México se extendieron servicios básicos de salud a

CUADRO 1
MÉXICO, CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ:
POBLACIÓN TOTAL Y POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA
CUBIERTA POR EL SEGURO SOCIAL, 1970-1995
(Porcentaje)

País	Población económicamente activa				Población total		
	1970	1980	1985-1988	1990-1995	1980	1985-1988	1990-1995
Costa Rica	38.4	68.3	68.7	77.3	84.4 ^a	83.1 ^a	86.2 ^a
El Salvador	9.6	19.7	19.4	22.6	8.8	11.0	14.2
Guatemala	27.0	33.1	27.1	29.0	15.2	13.1	16.4
Honduras	4.2	14.4	12.8	—	7.3	10.3	13.0
México	28.1	42.0	40.2	43.7	53.4	53.7	58.4
Nicaragua	14.8	16.8	29.0	14.3	9.1	22.0	13.0
Panamá	33.4	52.3	59.8	64.0	49.9	57.4	—

^aIncluye la atención asistencial a los indigentes; si se suma la protección del Ministerio de Salud, la cobertura asciende al 100 por ciento.

Fuente: Elaborado por Carmelo Mesa-Lago, sobre la base de cifras oficiales de los países. Citado por la CEPAL, *La brecha de la equidad. América Latina y la Cumbre Social* (LC/G.1954) (CONF.86/3)), marzo de 1997.

más de la mitad de la población vive al margen de la protección del sistema de salud, seguido de Guatemala y El Salvador, con situaciones igualmente dramáticas (véase cuadro 2). En conjunto se estima que más de una cuarta parte de la población vive y muere al margen de los sistemas de salud de sus países respectivos.

En buena medida son determinantes las diferencias regionales, el tamaño de las localidades y el nivel de ingreso de la población en el acceso a los servicios de salud. Así, entre los principales indicadores vitales, la esperanza de vida al nacer registra una diferencia de hasta 18 años en sus extremos. Son las ciudades capitales las mejor dotadas de infraestructura médica y en todos los países subsisten disparidades urbano-rurales considerables (CEPAL, 1994).

sectores rurales marginados mediante el convenio Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad. En este último país, estimaciones nacionales elevan a 17 700 millones de habitantes (casi el 20 por ciento) la población sin cobertura funcional —carecen de la posibilidad de ser atendidos por el personal médico de las instituciones— y en 7 200 millones (casi 8 por ciento del total) los que no tienen acceso alguno a servicios de salud, según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Los sistemas informales de seguridad social

CUADRO 2
MÉXICO, CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ:
ACCESO A LA SALUD Y SERVICIOS BÁSICOS
(Porcentaje)

País	Población con acceso a:			Disparidades de acceso urbano-rurales ^a			Nacimientos atendidos por personal de salud capacitado (1991)	Cobertura de inmunización (promedio seis vacunas) (1995)
	Servicios de salud (1990)	Agua potable (1994-1995)	Servicios adecuados de saneamiento (1994-1995)	Servicios de salud (1990)	Agua potable (1994-1995)	Servicios adecuados de saneamiento (1994-1995)		
Costa Rica	96	100	99	63		94	96	91
El Salvador	59	62	73	50	49	71	31	97
Guatemala	50	62	60	53	47	72	28	81
Honduras	46	70	68	70	65	64	46	95
México	77	87	70	75	68	24	95	93
Nicaragua	69	58	60	60	28	44	40	91
Panamá	79	82	87	67		74	85	89

^a Para medir las desigualdades de acceso se tomó como base una paridad urbano-rural=100; así, mientras mayor sea la distancia de una cifra con respecto a 100, más amplia será la diferencia urbano-rural, y viceversa. Un valor superior a 100 indica que en las áreas rurales el acceso es mayor que en las urbanas. Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo, 1996. Combatir las enfermedades; promover el desarrollo*, Ginebra, 1996; Banco Interamericano de Desarrollo (BID), *Progreso económico y social en América Latina, Informe 1996*, Washington, 1996; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe sobre el desarrollo humano 1996*, Madrid, Ediciones Mundi-Prensa, 1996; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), *Estado mundial de la infancia 1996*, Nueva York, 1996. Citado por la CEPAL, *La brecha de la equidad. América Latina* (véase cuadro 1).

Situaciones similares de deficiencias y de disparidades urbano-rurales se presentan en lo relativo a los servicios básicos de agua potable y saneamiento.

Los programas sociales de la sociedad civil

El sector privado lucrativo ha tendido a centrar sus actividades sociales en nichos rentables, como los médicos y hospitalarios, los de los seguros y ahora las pensiones, así como también la construcción de vivienda de sectores solventes de la población.

Por su parte, las fundaciones y patronatos que se crean al amparo de exenciones fiscales representan las formas más comunes de acción social –de carácter humanitario– del sector privado lucrativo. En nichos de baja rentabilidad y grandes carencias sociales son las organizaciones de la sociedad civil las que aportan sus transferencias en trabajo y recursos. Por su flexibilidad de acción muchas de ellas llegan a localidades que los gobiernos centrales no alcanzan a atender. Su actividad, por lo demás, es creciente, pues esta reconceptualización de la política social tiende a revalorar su actividad, también favorecida con exoneraciones fiscales.

Formas espontáneas de superación comunitaria o familiar complementan o pasan a ser contraparte de estas acciones. En efecto, muchos de los programas específicos contra la pobreza se apoyan en la contribución de la población beneficiada.

● Las redes informales de seguridad social

Sobre todo en las comunidades pobres, los lazos de solidaridad constituyen un elemento fundamental de supervivencia y cohesión social. Muchos de estos vínculos siguen pautas ancestrales, que se intensifican en situaciones de carencia e inestabilidad. Algunas formas de estos lazos persisten en estratos de ingreso superiores por ser inherentes a la organización humana, aunque cobran otras formas, en su inmensa mayoría institucionalizadas. En última instancia, para muchas comunidades pobres sin ningún respaldo institucional, estos lazos representan su única expresión de “seguridad social”.

La confianza es el requisito fundamental para establecer y mantener las redes de apoyo (Cordero y Gamboa, 1990); en muchos casos, también la cercanía física (Lomnitz, 1975). Lo más frecuente es que lo sean ambas. Pero existen excepciones, por ejemplo el envío de las re-

mesas que los migrantes hacen a sus familias en sus lejanos países de origen.

Estas relaciones de cooperación, por lo demás, no están libres de conflictos. La inestabilidad e incertidumbre que crean en las familias los problemas económicos las permea, y las limitaciones objetivas a las que están sujetas, por la pobreza generalizada, suponen que la protección que pueden brindar no sea suficiente en relación con la magnitud de las necesidades. Por otra parte, los sentimientos que genera la pobreza no son sólo de solidaridad, sino de una ambivalencia que se manifiesta en competencia, rivalidad y violencia, por los escasos empleos, por los mejores ingresos o por bienes materiales.

En los medios rurales y urbanos populares de México y Centroamérica existen acendradas tradiciones de solidaridad familiar y comunitaria. Consisten no sólo en el apoyo de los adultos jóvenes a los mayores, a los enfermos y a los niños, dentro de las familias ampliadas, con un papel central de cohesión de parte de las mujeres, sino también en el respaldo comunitario en caso de calamidades mayores (desastre natural, enfermedad, muerte). Esta solidaridad comunitaria suele abarcar también formas de producción de beneficio común, o la construcción o reparación de alguna casa, o de infraestructura básica como lo es la escuela, el centro de salud o incluso la iglesia (Sauma, Camacho y Barahona, 1997).

Entre las comunidades indígenas existe una gran riqueza de tradiciones solidarias, que si bien no están codificadas siguen vigentes. En las ciudades, los migrantes del campo no pueden reproducir exactamente los mismos mecanismos pero se desarrollan otras relaciones.

En un estudio de las zonas marginadas de la ciudad de México se puso de relieve la importancia de los lazos recíprocos de solidaridad basados sobre todo en el compadrazgo, con distintas modalidades según los niveles y situación económica. Las relaciones de ayuda mutua entre vecinos también se revelaron importantes, constituyéndose como centros de cohesión los comités de barrios y de colonos (Lomnitz, 1975).

En Costa Rica son poderosos los lazos de ayuda mutua, sobre todo dentro de la familia misma, o bien atendiendo las relaciones de parentesco más lejano, de amistad, de vecindad. Los apoyos recíprocos suelen asumir un carácter complementario, pues cada familia tiene sus propias fuentes de sustento, aunque irregulares e insuficientes. Así, la ayuda alimentaria o de algún dinero durante algunos días son las formas más frecuentes entre los miembros de una familia o entre

familias. Sin embargo, los apoyos entre mujeres para el cuidado de los niños, mientras se sale al trabajo, no son tan usuales. Desde luego que existen distintas relaciones entre familias nucleares, con formas de cohabitación, familias extendidas, formas mixtas e incluso están presentes los envíos de dinero de los migrantes en el exterior (Cordero y Gamboa, 1990).

Estas corrientes de ayuda mutua no son un acto aislado sino que se integran en una red de relaciones sociales en la que la reciprocidad intrínseca implica más que una devolución favor por favor, el sentimiento de que es posible contar con un respaldo en caso de necesidad. La ayuda a veces es continua en el tiempo y otras sólo esporádica; a veces se realiza entre iguales; otras, entre desiguales (Raczynski y Serrano, 1985).

En momentos de crisis económica, los lazos de solidaridad familiar y comunitaria se intensifican y adquieren nuevas formas que dan sustento a complejas redes sociales que se extienden más allá de la familia y el barrio.

Con el proceso de urbanización común en toda América Latina, la familia nuclear ha tendido a predominar. El éxodo rural-urbano y la migración al exterior han contribuido al debilitamiento de la familia extendida. Entre los países considerados es en México donde las familias nucleares tienen la mayor participación dentro del total (70 por ciento), mientras que en Honduras –de menor desarrollo relativo– las familias extensas todavía representan casi 30 por ciento del total (véase cuadro 3). En principio se podría asociar la existencia de las familias nucleares con respaldos previsionales institucionales, y a las familias extensas con sus propios lazos de solidaridad. Sin embargo, al comparar estas cifras con las de cobertura de los institutos de seguro social, se desprende que un alto porcentaje de familias nucleares carecería de cobertura institucional a la vez que los lazos familiares solidarios se encontrarían debilitados.

Al respecto, estudios parciales han detectado, a consecuencia de la crisis, distintas modalidades de cohabitación que han determinado una ampliación de la familia nuclear en áreas urbanas como práctica de supervivencia. Las familias, para incrementar la capacidad de ingresos y disminuir los gastos han modificado la composición del hogar, incorporando a otras personas –no necesariamente parientes– con las cuales comparten los gastos, o reducen su tamaño para disminuir los gastos domésticos al enviar por algún tiempo a uno o dos hijos con parientes que estén en una mejor situación económica (Moser, 1996).

CUADRO 3
PAÍSES SELECCIONADOS DE LA SUBREGIÓN NORTE
DE AMÉRICA LATINA: ESTRUCTURA FAMILIAR POR TIPO,
ÁREAS URBANAS, 1984-1994
(Porcentaje)

País	Año	Tipo de familia					Total
		Unipersonal	Nuclear	Extensa	Compuesta	Sin núcleo	
Costa Rica	1988	4.4	68.2	19.3	3.2	4.9	100.0
	1994	5.8	67.1	20.2	3.2	3.7	100.0
Honduras	1994	3.4	58.2	29.1	4.7	4.7	100.0
México	1984	5.2	70.3	19.2	0.7	4.6	100.0
	1994	6.0	70.8	18.5	0.5	4.3	100.0
Panamá	1986	12.0	61.0	14.2	5.9	6.9	100.0
	1994	8.2	60.7	22.8	2.7	5.8	100.0

Fuente: CEPAL, sobre la base de las encuestas de hogares de los países, Irma Arriagada, *Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo*, Santiago de Chile, 1997. Serie Políticas Sociales 21.

Estos hogares "ampliados" difieren del patrón tradicional de los hogares extensos, por ser una expresión coyuntural de una situación de crisis (Fauné, 1995). El patrón histórico de estructuración de los hogares en las familias rurales e indígenas de la región se ha caracterizado por iniciarse sobre la base de un patrón de residencia patrilocal. La unidad "hogar/solar", por su parte, constituye el espacio que sirve de asiento a familias extensas que establecen un intercambio continuo de recursos productivos –tierra, implementos, insumos, agua, mano de obra– mediante la ampliación de los lazos de parentesco a la comunidad.

Por su papel tradicional en el hogar, la mujer cumple una función afectiva irremplazable para la integración de la familia, y es ella la que suele asumir la carga principal en las redes de protección social (PNUD, 1996).

Por último, los mecanismos comunitarios de solidaridad rebasan los de cada una de las familias y, dependiendo del tamaño de la localidad, rebasan incluso a los que se establecen entre varias familias. La ayuda en la construcción de vivienda e infraestructura básica es la más común. También lo es el apoyo en especie, en dinero o en afecto, en caso de enfermedad, muerte o algún siniestro que una familia sufra. Las distintas formas de ayuda económica entre las familias, o bien la con-

cesión de préstamos por parte del tendero para hacer frente a las oscilaciones en las posibilidades de adquirir los víveres del diario, son otros de los mecanismos más comunes. Muchas de estas relaciones, por lo demás, se refuerzan y complementan con una compleja trama de relaciones de tipo religioso, relacionadas con las festividades locales.

Algunas formas de organización comunal –en buena medida en zonas marginales urbanas– se orientan a superar las demandas insatisfechas, especialmente en el campo de la salud y de la vivienda. En varios países las organizaciones de colonos han surgido para enfrentar colectivamente los problemas de la tierra, vivienda, equipamiento urbano: agua, luz, drenaje, electricidad, clínicas.

Las mayores limitaciones de estas formas de solidaridad se derivan, paradójicamente, de la condición de pobres de sus integrantes. Dada la escasa o nula relación de estas comunidades con el sector no pobre de la sociedad, las posibilidades reales de movilización de recursos son reducidas, si bien cumplen con una lógica de supervivencia. En época de crisis esta situación se agudiza a raíz del recrudecimiento generalizado de una situación de pobreza y los sistemas pueden saturarse y dejar de funcionar (Banco Mundial, 1990; Moser, 1996). Sólo los programas gubernamentales o de la sociedad civil que inyectan recursos exógenos a estas comunidades ofrecen el potencial de trascender esta lógica de subsistencia para pasar a una de acumulación.

Por otra parte, si bien los lazos solidarios se han transformado e intensificado en comunidades determinadas, en otras existen indicios de debilitarse, sobre todo entre las minorías étnicas y en general las familias campesinas que emigran a las ciudades. Muchos de estos sistemas informales están siendo debilitados además por el efecto combinado de un conjunto de factores, incluyendo el avance paulatino de la monetización y la descomposición de formas tradicionales de organización social basada en la solidaridad (PNUD, 1996).

● Los sistemas de ahorro y crédito popular

Amplios sectores de la población, además de estar excluidos de los sistemas formales de previsión se encuentran en la mayoría de los casos imposibilitados para hacer frente a cualquier contingencia con recursos propios.

Primero, esta situación se deriva de su escasa capacidad de ahorro. Sin embargo, aun en condiciones de pobreza y de grandes sacrificios

son numerosas las familias que logran hacer alguna economía. En segundo término, se erigen grandes obstáculos a los sectores populares para acceder a los instrumentos formales de ahorro del sistema bancario. La simple necesidad de firmar y de presentar la identificación correspondiente se convierte en un obstáculo insuperable para muchos.³ Para otros, sobre todo en el campo, lo es el acceso físico a una sucursal bancaria. En general, para todos, los rendimientos que los bancos ofrecen a los clientes de bajos recursos difieren enormemente de los de los altos ingresos, y a menudo son negativos, en términos reales, para los primeros. Se aduce como razones de ello el mayor costo administrativo de las cuentas pequeñas, aunque en general interesa poco un volumen total de ahorro popular que a nivel nacional representa una porción exigua del PIB.

Correlativamente, en caso de requerir recursos extraordinarios para hacer frente a un imprevisto, o para usos productivos que pudieran conducir a la elevación de sus ingresos, el acceso al crédito está igualmente restringido a los estratos pobres de la población. Gracias a los programas de apoyo –gubernamentales y no gubernamentales– a pequeños productores agrícolas y microempresarios, esta última demanda se atiende, pero sólo parcialmente. En cambio, las necesidades para afrontar una urgencia por percances de la vida diaria quedan sin satisfacción.

Los sectores populares han desarrollado mecanismos informales de ahorro y crédito. Existe una gran riqueza de formas colectivas de autoayuda que, pese a sus limitaciones, desempeñan una función significativa en la vida diaria de las comunidades. Muchos de los programas crediticios formales se han inspirado o adecuado a ellos de la mejor manera en lo que se considera que es una veta importantísima de cualquier estrategia de lucha contra la pobreza: el fortalecimiento de los sistemas populares de ahorro y crédito (Mansell, 1995).

Las remesas de familiares emigrados al exterior en busca de mejores ingresos representan para México y algunas de las economías centroamericanas –principalmente El Salvador y Guatemala– una de las mayores fuentes de ingresos de los sectores rurales empobrecidos. Se encuentra ampliamente documentado el hecho de que una parte de esas transferencias constituyen fuente de financiamiento de proyectos familiares (CEPAL, 1993; García, 1996). Si bien no en la cuantía que se

³Por ejemplo, en México se estima que alrededor de 8 por ciento de la población no cuenta con acta de nacimiento, lo que obstaculiza la implementación de un sistema de cédula nacional de identidad.

estima recomendable desde el punto de vista del uso productivo de las remesas, pero sí en parte, las transferencias privadas se destinan a construcción y mejoramiento habitacional de las viviendas de estas familias receptoras, así como la adquisición de material o herramientas de trabajo (Siri y Calderón, 1996).

Uno de los sectores más abandonados por el apoyo institucional es precisamente el de la vivienda. Si bien existen las entidades públicas y privadas y los mecanismos crediticios para su fomento, destaca su insuficiencia así como el distinto grado de deterioro y precariedad.

En los estratos más pobres, prácticamente la única forma de lograr construirse una vivienda es mediante los tradicionales sistemas colectivos de construcción. Es importante destacar la existencia y el potencial de estas prácticas comunitarias de construcción.

En México, por ejemplo, se conoce con el nombre de “tequio” la organización de un grupo de amigos o parientes que realizan la construcción o reparación de la vivienda de uno de los miembros del grupo, con el compromiso de contribuir luego de la misma manera con otro del grupo que lo solicite. En Panamá se conoce como “junta de embarre” al sistema de construcción semejante, por medio del cual familias de escasos recursos pueden sortear la necesidad de un préstamo habitacional.

● Los programas institucionales para la población desprotegida

Los sectores de la población sin protección de los institutos de seguro social cuentan, dependiendo del país, de otros apoyos públicos y privados en el marco de programas asistenciales de asignaciones familiares y de combate a la pobreza, además de las propias facilidades que los institutos de seguro social abren a la población en general sobre una base voluntaria o facultativa.

La afiliación voluntaria al seguro social

En estos países, como en otros de la región latinoamericana, los sistemas de seguro social han funcionado como una prestación social básica y obligatoria para empleados del sector urbano formal de la economía, que representan una parte exigua o minoritaria de la fuerza laboral total de la región (Mesa-Lago, 1993). Sólo en Costa Rica

prácticamente la totalidad de los habitantes se encuentran protegidos en cuanto a riesgos de salud, además de la protección que ciertos grupos vulnerables reciben debido a la extensión de cobertura que proporciona el seguro no contributivo.

Para los ocupados del sector informal urbano, de gran expansión tanto en México como en Centroamérica tras la pacificación, ~~no están~~ establecidos los mecanismos de afiliación voluntaria, o bien sus ingresos son insuficientes para destinarlos a las primas del seguro independiente, cuando esta modalidad existe. Se estima que el costo de afiliación para los trabajadores por cuenta propia, y en particular para los jornaleros agrícolas, es de dos a cuatro veces mayor que el de un trabajador contratado formalmente, cuya cuota está prorrateada con el empleador (Mesa-Lago, 1993).

La mayoría de los sistemas de seguro social fueron creando formas independientes de afiliación voluntaria o de contribución personal para los que no podían acceder a estos beneficios por medio de sus empleos. Sin embargo, los que han podido aprovechar esta prestación son los menos, debido a la dificultad para cubrir, además de la cuota de afiliación, la contribución que correspondería al patrón.

En México ha existido el seguro facultativo del IMSS para atención médica y hospitalaria. Entre las actuales medidas de reforma al sistema de seguro social, el régimen de afiliación voluntaria creó una figura nueva a partir de julio de 1997, que beneficia a la población sin un ingreso fijo o sin empleo en el sector formal de la economía. El llamado Seguro de Salud para la Familia permite que el jefe de familia y sus dependientes tengan acceso indiscriminado a los servicios médicos mediante el pago anual adelantado de menos de la cuarta parte del equivalente al salario mínimo vigente.

El acceso de los desamparados a los servicios y beneficios de la seguridad social sigue siendo restringido y a veces impreciso por la insuficiencia de medios de los interesados. Así, las únicas formas viables de extensión de cobertura de las prestaciones del seguro social –básicamente de salud a la población insolvente– son aquéllas subsidiadas con fondos públicos. Tal es el caso de IMSS-Solidaridad y del régimen no contributivo de Costa Rica.

Los programas públicos contra la pobreza

En los países estudiados se establecieron fondos de asistencia social focalizada para combatir la pobreza, cuyos índices se habían incrementado a lo largo de la década anterior. Algunos de ellos databan de

periodos anteriores, como una forma asistencialista de redistribuir ingresos hacia sectores marginados en servicios básicos o de subsistencia. Los casos más notables de la región son México, con la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) y Costa Rica, con el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Desaf).

Los demás gobiernos centroamericanos han mantenido Fondos de Emergencia o Inversión Social que administran directamente. En coincidencia con los criterios de focalización del gasto, muchos de estos programas son avalados y promovidos por el sector oficial, y ejecutados por entidades de la sociedad civil.

Adicionalmente, organismos internacionales como el Programa Mundial de Alimentos (PMA), cuyos programas se implementan sólo en cuatro de los países tratados –El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua–, realizan la distribución de la asistencia alimentaria en especie, mediante convenios de distribución a cargo del gobierno de cada país.

Prácticamente sin excepción, los programas públicos específicamente enfocados al combate a la pobreza se proponen atender los siguientes grupos poblacionales: indígenas excluidos socialmente y en condiciones de pobreza; campesinos minifundistas en situación de vulnerabilidad productiva; mujeres de escasos recursos en etapa de gestación o lactancia; menores en circunstancias difíciles del medio rural o urbano; personas discapacitadas; ciudadanos de la tercera edad con ingresos bajos y, en el caso particular de México, también se incluye un programa de atención a jornaleros agrícolas migrantes por la importancia que el fenómeno reviste en los desplazamientos interestatales de jefes de familias rurales empobrecidas (Sánchez, 1993).

Todos estos programas se realizan por regiones, basados en el mapa de pobreza de cada país, buscando llegar a las zonas más deprimidas. En este ámbito, la mayoría de las veces se trata de población rural pobre que tiene una mayor disposición a la realización de tareas en forma comunitaria. Para estos grupos, los lazos solidarios constituyen un acervo en la lucha cotidiana por sobrevivir (Lomnitz, 1975), por lo que hay una relativa facilidad para insertar proyectos de este tipo. Parte del éxito de estos programas radica en utilizar la presión moral del grupo comunitario, para obtener condiciones de garantía y controles que por las vías formales no podrían prosperar.

Entre los programas centrales que administran los fondos de inversión se cuentan los dirigidos a la educación de los preescolares y escolares del primer ciclo en las zonas urbanas y rurales marginadas.

Estos programas,⁴ para sostener el nivel de asistencia de los alumnos procuran asegurar condiciones mínimas de subsistencia en el entorno del beneficiado. Así, se les proporciona alimentación (un vaso de leche o una ración alimenticia básica) en el lugar de enseñanza, además de algún tipo de ayuda en materiales y servicios de salud preventiva, como vacunación, educación en salubridad y seguimiento dental y de desarrollo corporal. En México este proyecto, que vincula condiciones de alimentación, salud y educación (PASE) en un nivel básico, fue probado durante 1996 como proyecto piloto en municipios seleccionados con la intención de aplicarlo de manera más generalizada durante 1997.⁵

Otra característica importante de estos programas es que fueron diseñados para promover la inversión social, ya sea por la construcción o rehabilitación de bienes de uso colectivo o por la capacitación y entrenamiento dados a los participantes en los proyectos.

Con todo, ha prevalecido el carácter asistencialista de los programas públicos, y pocos han llegado a ser autosostenibles o a tener una base productiva que les dotara de cierta autonomía en el futuro. Por lo demás, los programas públicos de combate a la pobreza no pretenden transformar la inserción social de estos sectores sino ofrecer ayudas temporales o de mediano plazo, con un impacto relativo en la infraestructura básica o en los servicios asistenciales. La continuidad de este tipo de programas, más allá de lo que inicialmente estaba planteado, es atribuible a una necesidad frecuente o regular de compensar socialmente los efectos de la polarización económica y la pérdida de medios de vida de la mayoría de la población de esta región.

En una perspectiva carente de pretensiones podría considerarse que el asistencialismo estatal, con todas sus limitaciones, que implican una carga fuerte de dependencia financiera hacia los proveedores del financiamiento, sigue siendo lo más perdurable en cuanto a segu-

ridad institucional. Finalmente, es de notar que aun los programas públicos con mayores perspectivas de éxito y continuidad están asentados en la organización, y las soluciones que los mismos afectados son capaces de rescatar entre sus costumbres y capacidades.

Los programas de la sociedad civil

En el proceso de descentralización de las administraciones públicas y de reasignación de papeles de los actores sociales cobran mayor relevancia instituciones filantrópicas privadas establecidas de tiempo atrás para asistir a personas en situación de pobreza extrema o menesterosas. Existe un efecto de concientización del Estado hacia la sociedad civil sobre la responsabilidad compartida en cuanto a los niveles de pobreza y las consecuencias de una distribución de los beneficios del desarrollo económico sesgado inequitativamente.

El foco de atención de estas instituciones, por su misma naturaleza caritativa, se ubica en sectores sociales desamparados y desintegrados del resto de la sociedad. Así, esta acción altruista se mantiene como una tarea de bajo impacto en el conjunto de la sociedad si se mide respecto de los recursos privados y públicos ejercidos. Resalta, sin embargo, una atención más continua por parte de las organizaciones asistenciales privadas a este problema social cuando el Estado promueve y respalda este tipo de acciones.

Las organizaciones no gubernamentales llegaron a cubrir un vacío de intermediación entre las propuestas públicas de solución al problema de la pobreza y de la marginación social, y los grupos a los que se pretendía beneficiar con las políticas declaradas. En la actualidad, representan uno de los medios más efectivos para la canalización de fondos y transferencias realizadas desde organizaciones civiles y programas gubernamentales de países desarrollados.

● Principales áreas de apoyo para los sectores desprotegidos de la población

Los cambios profundos en las políticas económicas y sociales suponen fuerzas a veces encontradas que actúan sobre el vasto campo de la seguridad social. La globalización, el cuestionamiento de un Estado benefactor que nunca llegó a funcionar en los países considerados, la privatización, la descentralización, el mayor peso de la sociedad civil y de la participación ciudadana, entre muchas otras de sus manifesta-

⁴Con distintos nombres y variaciones pequeñas en su formulación, los programas de este tipo, vigentes en Centroamérica, son: Comedores Escolares y Suministros Básicos del Desaf en Costa Rica; el programa Escuelas Saludables en El Salvador, el Programa de Asignaciones Familiares (Praf) de Honduras; el Vaso de Leche Escolar y la Galleta Escolar en Nicaragua; y el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (Pronan) en Panamá.

⁵A partir de mediados de 1997, la Sedesol dio a conocer que el Programa Progreso comenzaría a implementarse en distintas regiones identificadas de acuerdo con el rezago en las condiciones sociales. Tal como se describe, el programa integra los tres aspectos, contribuyendo a mejorar las condiciones de alimentación, salud y educación de los niños y familias pobres. Hacia finales de 1997, se espera contar con una cobertura de 400 000 familias beneficiadas en 12 estados de la República (Sedesol, 1997).

ciones, crean un nuevo marco dentro del que habrán de desenvolverse las políticas sociales vigentes en el inicio del próximo milenio.

Por una parte existe un reconocimiento bastante generalizado de la importancia de la inversión en el capital humano y del papel irremplazable del Estado como rector de los sectores de la salud y la educación pese a los enormes cambios previstos en sus políticas y en la participación de los agentes sociales, y por otra, se tiende a fragmentar y a individualizar la seguridad social, considerada más como una carga que pesa sobre los costos de producción en un mundo crecientemente competitivo –a la vez que un negocio para las entidades privadas que la administran–, que como un elemento redistributivo y de justicia social. Además, las formas contractuales y estables de trabajo están cediendo terreno a una creciente informalidad, difícilmente compatible con el concepto de seguro social del trabajador que estuvo imperando en los países de esta subregión desde el decenio de los cuarenta. En la gran mayoría de los casos estas instituciones de seguro social están imposibilitadas de ofrecer su protección a la totalidad de la población. A su vez, las entidades privadas de salud y de administración de pensiones no encuentran rentable extender su cobertura de atención a sectores insolventes de la sociedad, a menos que contarán con el subsidio gubernamental correspondiente si hubiera una política decidida en este sentido.

Las políticas generales de desarrollo social, que en gran medida contribuyeron al robustecimiento de las clases medias, van cediendo terreno a las políticas enfocadas a sectores vulnerables, como parte de una estrategia específica contra la pobreza, en países con rezagos sociales ancestralmente insatisfechos, que se han agudizado aún más en los últimos lustros.

Como se ha reiterado, con sus variantes, los países de esta subregión se caracterizan por tener grandes sectores de su población en situación de pobreza y excluidos de las prestaciones no sólo de los institutos de seguro social sino también de los programas asistenciales de los gobiernos y de la sociedad civil. En estas circunstancias se presenta una serie de áreas de acción que atañen tanto a la provisión universal de un mínimo de salud, como de otras formas de apoyos generales básicos a toda la población, entre las que destacan los alimentarios y los sanitarios.

Además de estos programas generales de bienestar social, se presenta un enorme potencial de apoyos específicos de tipo previsional, de carácter formal e informal. Entre los primeros resalta la ampliación de

la cobertura de los institutos de seguro social a sectores excluidos mediante formas adecuadas y asequibles de afiliación, muchas de éstas probablemente sobre una base voluntaria y subsidiada. El respaldo estatal mediante recursos generales en este campo resulta socialmente justificable.

En cuanto a los sistemas informales de solidaridad, se presenta un campo potencialmente enorme de robustecerlos mediante su vinculación con los sectores no pobres de la sociedad, en particular el estatal y el humanitario, y también mediante distintas formas de institucionalización. La riqueza de estos lazos espontáneos de ayuda mutua familiar y comunitaria debe complementarse supliendo su mayor debilidad, que es la escasez de recursos. Los programas de asignaciones familiares y de combate a la pobreza, que contienen elementos netamente asistenciales, frecuentemente se apoyan en estas estructuras familiares y comunitarias.

Otra de las muchas áreas de acción es ofrecer a sectores tradicionalmente excluidos la posibilidad de contar con una seguridad económica como base de su propia seguridad social. Los apoyos crediticios a los pequeños productores, artesanos y microempresarios en el campo y la ciudad en realidad contribuyen a crear una sinergia de elevación del bienestar y aportan las bases para que estas mismas comunidades procuren su mejoría.

En última instancia, las acciones que favorecen y hacen posible la integración de sectores marginados a la producción o la elevación de su productividad, garantizando un ingreso suficiente, son las que subyacen en una política eficiente de seguridad social. La amplitud y profundidad de estas acciones, que sientan las pautas mismas del desarrollo productivo, condicionan en buen grado el alcance y el éxito de la política social.

● Bibliografía⁶

ARRIAGADA, Irma, *Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo*, Santiago de Chile, 1997. Serie Políticas Sociales 21.

BANCO MUNDIAL, *Informe sobre el desarrollo mundial*, 1990.

CEPAL, *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado* (LC/G.1701/Rev.1-p), Santiago de Chile, agosto de 1992.

———, *Remesas y economía familiar en El Salvador, Guatemala y Nicaragua* (LC/MEX/L.154/Rev.1), México, agosto de 1993.

⁶Se incluye sólo la bibliografía citada en esta versión resumida del documento.

- , *Salud, equidad y transformación productiva con equidad en América Latina y el Caribe* (LC/G.1813 (SES.25/18)), Santiago de Chile, septiembre de 1994.
- , *Seguridad social y equidad en el istmo centroamericano* (LC/MEX/ L.268), México, junio de 1995.
- CORDERO, Allen U. y Nuria Gamboa A., *La sobrevivencia de los más pobres*, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional, en colaboración con el UNICEF, Porvenir, San José, Costa Rica, 1990.
- FAUNÉ, María Angélica, *Mujeres y familias centroamericanas: principales problemas y tendencias*, PNUD, San José, Costa Rica, 1995.
- GARCÍA, Juan José, *Remesas y relaciones sociales locales: el caso de San Isidro*, Flacso, San Salvador, 1996, Programa El Salvador. Colección Aportes, núm. 1.
- LOMNITZ, Larissa A. de, *Cómo sobreviven los marginados*, 11a. ed. (1975), Siglo XXI, México, 1991.
- MANSSELL CARSTENS, Catherine, *Las finanzas populares en México. El redescubrimiento de un sistema financiero olvidado*, Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos (CEMLA), Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), Milenio, México, 1995.
- MESA-LAGO, Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas*, Fondo de Cultura, México, 1986. Lecturas núm. 58.
- , *La seguridad social en América Latina*, Fundaungo, San Salvador, 1993.
- MOSER, Caroline, *Situaciones críticas. Reacción de las familias de cuatro comunidades urbanas pobres ante la vulnerabilidad y la pobreza*, Banco Mundial, Washington, 1996. Serie de estudios y monografías sobre el desarrollo ecológicamente sostenible, núm. 75.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), *Erradicar la pobreza. Marco general para la elaboración de estrategias nacionales*, 1996.
- RACZYNSKI, Dagmar y Claudia Serrano, *Vivir la pobreza. Testimonio de mujeres*, PISPAL-Cieplan, Santiago de Chile, 1985.
- RAMÍREZ LÓPEZ, Berenice P., "La seguridad social en México. Qué ha sido, qué se reforma y tendencias", en *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, recopilación de Saúl Osorio y Berenice Ramírez, Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM y Triana Editores, México, 1997.
- SÁNCHEZ, Lourdes y Ramiro Arroyo, "Jornaleros agrícolas en México", en Sergio Gómez y Emilio Klein (eds.), *Los pobres del campo, el trabajador eventual*, Flacso y Prealc (OIT), Santiago de Chile, 1993.
- SAUMA FIATT, Pablo, Carmen Camacho y Manuel Barahona, *Percepciones sobre la pobreza en comunidades pobres de Costa Rica*, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Banco Mundial y Ruta Social, San José, Costa Rica, 1997.
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL, *Progresá. Programa de Educación, Salud y Alimentación*, México, 1997.
- SIRI, Gabriel y Vilma de Calderón, *Uso productivo de las remesas familiares en El Salvador*, Documento de trabajo, núm. 42, Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (Fusades), El Salvador, enero de 1996.

A manera de conclusión

Berenice P. Ramírez
Juan Arancibia Córdova

Al caracterizar, evaluar y determinar las tendencias que van presentando las reformas a la seguridad social, lo que destaca es la presencia dominante del sector privado en la administración de los recursos y en el otorgamiento de los servicios. Indudablemente que lo que está aconteciendo es un acelerado proceso de privatización y como consecuencia lógica de mercantilización de la salud y de los seguros previsionales. Asistimos a la privatización de los espacios que antes eran parte de los servicios otorgados por el Estado y a la decisión de validar a nivel institucional el vínculo de lo público con lo privado en el ámbito de la seguridad social.

Esta situación se corresponde con los cambios ocurridos en el modelo de acumulación, con la necesidad de mantener equilibrios macroeconómicos, con el hecho de tener un Estado que pretende ser catalogado como subsidiario, pero sólo del capital y con la consideración de que el sector privado debe tener mayores espacios de participación, ya que la teoría hegemónica da por un hecho que es el único agente económico-social capaz de dar soluciones de eficiencia, calidad y rentabilidad adecuada.

Van quedando en los anales de la historia las características de solidaridad intra e intergeneracional y se va asumiendo el principio de la individualidad, "de acuerdo con tu ingreso, cotización y ahorro dependerá tu salud y pensión", sin considerar el impacto de las condiciones externas, sobre las cuales los trabajadores no tienen prácticamente ningún control. Por ejemplo, circunstancias por las que los trabajadores dejan de tener empleo remunerado y formal, situación cada vez más frecuente con el incremento del desempleo; o el cuestionarse por qué obtienen un salario que en términos reales no se recupera desde los años ochenta o la incertidumbre de poder cotizar durante un periodo más largo para poder obtener este beneficio previsional.

En el conjunto de los artículos contenidos en este libro se ha asumido la necesidad de realizar reformas a la seguridad social, ya que los sistemas que hemos tenido han carecido de las posibilidades de otorgar universalidad, equidad y no pocas veces calidad. Efectivamente han sido sistemas que sólo han cubierto a parte de la población económicamente activa empleada en el sector formal, por lo que su cobertura es baja y limitada, además de que muchos de sus servicios fueron mal administrados o utilizados como parte de la gestión pública, pero para fines distintos a los de la seguridad social.

De acuerdo con los resultados macroeconómicos que se derivan de las reformas estructurales instrumentadas desde los años ochenta, de lo que muestran los indicadores sociales y de las nuevas funciones que va adquiriendo el Estado, el dar soluciones en función de una mayor participación del mercado, pero particularmente de que el Estado deje de cumplir con sus obligaciones en el otorgamiento de seguridad social, puede propiciar situaciones de mayor inseguridad social, inequidad e imposibilidad de garantizar mayor cobertura.

Por otra parte, existe una amplia coincidencia en la literatura especializada para señalar que la introducción de mecanismos de mercado no conduce por sí solo a la eficiencia económica, además de que no se garantiza automáticamente una adecuada asignación de recursos, y que para evitar caer en situaciones de riesgo moral, de dificultad de tomar decisiones racionales o de asumir externalidades recomiendan que exista una entidad reguladora y supervisora que evite distorsiones e inequidades. Esta situación ha sido llevada al ámbito de la salud y de la previsión social (Arrow, 1963). La diferencia es que al considerar la posibilidad de construir una entidad reguladora, los gobiernos que han emprendido la reforma la ubican como una instancia gubernamental más,¹ siendo que lo que hace falta es que el Estado asuma esta regularidad con toda su capacidad política, la que depende de una amplia representación y participación de la sociedad.

Esta última reflexión debe ser ubicada en el contexto de uno de los ejes que hemos querido destacar, la importancia de contar con un sistema adecuado de seguridad social que persiga cobertura universal debe ser parte integral de la viabilidad de un país, ya que da cuenta de la atención que sus recursos humanos requieren y que son parte de la estrategia de nación que se persigue.

¹Nos referimos al papel de la Consar en México, de la Superintendencia de Fondos de Pensión en Chile, a la Superintendencia Bancaria en Colombia, al Banco Central de Uruguay y a las respectivas Superintendencias de Argentina, Bolivia, El Salvador y Perú.

Llama la atención que en las argumentaciones que se han dado para llevar a cabo las reformas no se reflexione acerca de las *características, dinámica y tendencias del trabajo asalariado*. De forma tal que la relación entre cotizantes y asegurados o cotizantes y pensionados,² además de verse afectada por los cambios demográficos y epidemiológicos lo es por la caída en la creación de empleos formales. Entre 1990 y 1995 la población económicamente activa de América Latina creció en 3.2 por ciento, el empleo 2.9 por ciento y la productividad en 0.1 por ciento. La tasa promedio de desempleo en la región en 1997 fue de 7.5 por ciento, la de desempleo de mujeres fluctúa entre el 10 y 20 por ciento y la de jóvenes llega al 50 por ciento (CEPAL, 1997). Para 1995 la participación del sector informal en el empleo total era de 56 por ciento, es decir, de cada 100 empleos generados 84 correspondieron al sector informal.³

La precariedad laboral que se viene imponiendo y que se ha consolidado a través de incorporar acciones de flexibilidad laboral y modificaciones en la legislación, dan contexto a las consecuencias que pudiera tener el hecho de que en las reformas a la seguridad social instrumentadas hasta el momento el tiempo de cotización se amplía en un rango que va de los 24 años de cotización, aprobados en la Reforma de 1995 para el caso de México, a los 35 años para el caso de Uruguay. La edad de jubilación fluctúa entre los 60 y los 65 años.

Si la fuerza de trabajo tuviera una perspectiva de empleo garantizado, el permanecer en la actividad laboral en un horizonte de mayor esperanza de vida sería una cuestión altamente gratificante, el problema es su ubicación en la precariedad laboral por la que se está atravesando y que pareciera no tener solución en el corto plazo; así, reunir la cotización de 24 años puede significar muchos más años de vida laboral o la posibilidad de nunca alcanzarla.

En las iniciativas de reforma se plantea que uno de los propósitos fundamentales es la obtención de una pensión digna. Desde esta perspectiva tenemos que partir de la consideración de que *una pensión digna se deriva de salarios dignos*. Y lo que hemos venido observando es una caída constante del salario real desde hace 15 años. El salario mínimo real de 1995 en 13 países latinoamericanos fue inferior al de

²En la Iniciativa de Reforma a la Ley del IMSS se señala que el crecimiento de los pensionados ha registrado en los últimos años variaciones de crecimiento del 7 por ciento anual, frente a un 2 por ciento de los asegurados.

³Se está tomando en cuenta a trabajadores por cuenta propia, familiares no remunerados, personas ocupadas en microempresas y en el servicio doméstico.

1980.⁴ El salario industrial en 1994 era 5 por ciento inferior al de 1980. A ello hay que sumarle una creciente diferenciación salarial, ya que la brecha de los ingresos laborales entre profesionales y sectores de baja productividad ha venido aumentando de 1990 a 1994 entre 40 y 60 por ciento.

La reactivación económica que presentan los países latinoamericanos desde 1990 no ha logrado expresarse en recuperación del salario de los sectores de más bajos ingresos y que son los que representan la mayoría de la población. Es así como el 70 por ciento de los hogares latinoamericanos tienen un ingreso menor que el ingreso medio (CEPAL, 1997, p. 51).

Ante la diferenciación de ingresos, en el mejor de los escenarios de altas tasas de rentabilidad del mercado financiero y con el pago que tienen que hacer por el manejo de las cuentas, si los trabajadores llegan a obtener como pensión el 60 por ciento de su último ingreso y éste se asemeja a un salario mínimo, que a su vez está garantizado como pensión mínima por el Estado, la pregunta que queda en el aire es para qué instrumentar reformas a la seguridad social en un contexto de insuficiente reactivación económica.

¿Cuál es la razón de peso, asegurar la vejez y ampliar las condiciones de seguridad social o propiciar el ahorro financiero interno y con ello impulsar el crecimiento de este mercado?

La perspectiva ideológica y filosófica que determina a la política social de los años noventa es promover la libertad de elección y que el individuo sea responsable de sus decisiones. En el caso de la reforma a la salud, la elección del médico y del servicio de salud en los países en los que esta reforma se está llevando a cabo, más que libre elección es elección de acuerdo con la capacidad de pago, ya que lo que están ofreciendo las instituciones de salud públicas, los servicios de salud de los seguros sociales y las empresas privadas de servicios de salud es el paquete de servicios básicos. Beneficios por sobre lo básico requieren salarios y cotizaciones más altos (por encima de los dos salarios mínimos), especialmente si hablamos de prestadores privados.

En el caso de las reformas pensionales, lo que está en juego es la previsión del futuro de los trabajadores. Si retomamos lo señalado anteriormente en relación con trabajo y seguridad social podemos concluir que del ciudadano no depende la posibilidad de encontrar una ocupación remunerada ni un salario digno, ya que ello está deter-

⁴ Son los casos de Venezuela, Uruguay, República Dominicana, Perú, México, Honduras, Haití, Guatemala, El Salvador, Ecuador, Brasil y Argentina.

minado por el nivel de inversión productiva, por el dinamismo económico y por las posibilidades de aumento de la productividad.

Por otro lado, llama la atención que en los actuales espacios en los que están participando el mercado y el Estado se presentan diversas contradicciones:

Se adopta el principio de que la libertad de mercado es la mejor forma de conducción del sistema y de que el sector privado *per se* es eficiente. Por otra parte, la libertad de mercado se maneja a partir de la obligatoriedad de afiliación y la no injerencia en la inversión de los fondos.

Se señala que la administración de los fondos pensionales de parte del Estado tuvo como resultado inversiones ineficientes, sin mencionar las verdaderas causas de ese resultado. No obstante, en el proceso de privatización las reformas suscriben y enfatizan que el Estado será el responsable y el garante, en caso de quiebra (ineficiencia del mercado), de otorgar las pensiones mínimas.⁵ En las reformas a la salud puestas en marcha, también es el Estado quien garantiza el paquete básico de atención a la salud.

Se suscribe de manera total la privatización de los fondos de pensiones por las repercusiones que pueden tener en el crecimiento del ahorro interno, de la inversión y del crecimiento económico, pero se le solicita al Estado que mantenga a través de importantes subsidios la transferencia de recursos de la sociedad a los asegurados, mientras se cumple el periodo de transición. Es decir, que los trabajadores subsidian mediante sus aportaciones a las administradoras de fondos, o sea al sector financiero. Además, mientras muestra resultados el manejo privado de estos fondos –más o menos 15 años– el Estado financiará la transición, es decir el tiempo en que se dejan de pagar las pensiones mediante el sistema antiguo.

Entre tanto, los pensionados actuales seguirán recibiendo sus pensiones de la misma forma, pero con recursos del Estado, no de los trabajadores activos, lo que conduce a un costo fiscal alto.

El costo fiscal de la reforma varía de país a país. Para el caso de México,⁶ en el Programa Nacional de Financiamiento para el Desarrollo

⁵ En la reforma a la Ley del IMSS, se señala que el Estado otorgará pensión mínima, la que consiste en un salario mínimo indexado al índice de precios al consumidor, a aquellos trabajadores que habiendo cotizado el tiempo requerido no alcanzarán por el monto de sus aportaciones una pensión o un fondo de retiro o a los que hubieran inscrito en alguna Afore que tuviera problemas de quiebra. Osorio y Ramírez (coord.), *Seguridad o inseguridad social...*, op. cit.

⁶ Cabe recordar que la reforma a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social se firmó el 8 de diciembre de 1995 y se puso en marcha el 1 de julio de 1997.

llo se estima que el costo fiscal de la reforma representará el 0.7 por ciento del PIB en 1997, 1.4 por ciento en 1998 y 1.5 por ciento en el año 2000 (BID, 1996, p. 218). (Pronafide, 1997, pp. 100-105). En el caso de Chile, el déficit previsional fue de 8.3 por ciento del PIB en 1982 y para 1994 representaba el 4.5 por ciento del PIB (Uthoff, 1995).

El costo fiscal de la reforma de acuerdo con la experiencia de otros países, en particular de Chile, ha demostrado que no resuelve completamente los desequilibrios financieros de mediano plazo generados por los sistemas contributivos y determina una orientación en la captación de los ingresos del Estado que puede mantener el carácter regresivo de algunos impuestos o contraponerse a las posibilidades de instrumentación de políticas fiscales que otorguen incentivos a la inversión.

Entre las argumentaciones en torno a las reformas previsionales, se sostiene que al pasar de un sistema de pensiones público, de reparto intergeneracional y beneficios definidos a otro de pensiones privado, capitalización individual y aportaciones definidas, ello contribuirá a elevar el ahorro, el que a su vez incidirá en el aumento de la inversión y del crecimiento, lo que promoverá la generación de empleos, la elevación de los salarios y una mayor demanda de capital financiero, lo cual cerraría el círculo virtuoso al permitir elevar la rentabilidad de los fondos previsionales invertidos.

La individualización de las cuentas de los seguros previsionales y su capitalización introduce a los trabajadores a esquemas de ahorro forzoso y de pagos adicionales por el manejo de sus cuentas. La lógica de estas modificaciones proviene de necesidades macroeconómicas, ya que se está persiguiendo mantener el equilibrio fiscal y además fortalecer el ahorro interno para evitar, por una parte, caer en situaciones de déficit público y, por otra, limitar la dependencia de los recursos externos. Sin embargo, el perseguir un crecimiento del ahorro interno a costa de los trabajadores sin que se acompañe de políticas salariales, fiscales, tributarias, monetarias y de inversión puede exacerbar la inequidad en la distribución de la riqueza, a costa de consolidar el mercado financiero y el capital especulativo. Situación que no necesariamente conduce a establecer el círculo virtuoso de ahorro-inversión-crecimiento, en primer lugar porque la secuencia ahorro financiero-inversión es debatible⁷ y en segundo porque la relación inversión-crecimiento re-

⁷Desde la perspectiva keynesiana, el ahorro depende del ingreso y éste de la inversión. En la perspectiva neoliberal lo que se persigue es crear un fondo de ahorro financiero y situaciones que conduzcan a que los individuos desarrollen el incentivo

quiere de una política integral de inversión y políticas sectoriales que regulen y canalicen adecuadamente los recursos financieros que se generen hacia la inversión productiva.

El modelo chileno está sirviendo de ejemplo a seguir en las reformas pensionales por el impacto que ha tenido en el ahorro interno. No obstante, es importante mencionar que el crecimiento del ahorro interno en Chile es resultado de todo el comportamiento macroeconómico en el que hubo políticas de inversión, incentivos fiscales, separación entre banca y administradoras de fondos y una estricta vigilancia del Estado. Y a pesar de tener políticas fiscales que incentivaron la reinversión de utilidades sólo el 16.6 por ciento de los fondos de pensión se han destinado a la construcción de vivienda y el 4.8 por ciento son bonos de empresas; la mayor parte, el 40.4 por ciento se canalizó a la compra de títulos del Banco Central (Arrau, 1997). Diversos estudios demuestran que lo que más se ha incrementado es el ahorro público, que posteriormente ha servido para cubrir los costos de la transición y el ahorro privado no previsional. También señalan que ha habido desahorro para las familias, que el impacto del costo fiscal fue fuerte y que *no hay relación directa* entre sistemas privados de pensiones, aumento del ahorro y aumento de la inversión (Arrau, 1997).

En relación con la reforma de salud, lo que se está argumentando con mayor determinación es que a raíz de posibles desfinanciamientos del seguro de enfermedad y maternidad y ante la imposibilidad desde la perspectiva dominante de incrementar los ingresos fiscales de manera importante o realizar una mejor distribución del gasto social, lo que hay que ofrecer al grueso de la población es un paquete básico de servicios. Selecciones adversas, riesgos diferentes de enfermedad, sólo están consideradas si los individuos tienen capacidad de pago.

Una primera conclusión es que son reformas que por el costo fiscal que representan no deben ser puestas en marcha en un contexto económico desfavorable, pues eso agudizaría las dificultades financieras del Estado y perjudicaría su inversión y las políticas sociales. Además, el costo de la reforma previsional recae en toda la población y el peso se siente a través de la política impositiva, el incremento de la deuda interna o en el manejo del gasto social, situación que se compara negativamente con el hecho de que sólo se trata de mejorar la pen-

del ahorro, sin introducir el análisis del nivel de ingresos. J.M. Keynes, *Teoría general de la ocupación y el dinero*, 1992, cap. XIII, y Juan Arancibia, "La reforma del sistema de pensiones y el ahorro interno", 1997.

sión de un porcentaje de la PEA, que en el mejor de los casos representa el 80 por ciento de la misma y que para otras realidades significa el 30 por ciento o aún menos (Bolivia 12 por ciento).

Tomando en cuenta al total de la población, en la actualidad sigue habiendo un porcentaje importante, que va del 5 por ciento en Chile al 80 por ciento en Centroamérica (exceptuando Costa Rica), que nunca han sido incorporados a ningún beneficio de seguridad social y otro 20 por ciento que recibe apoyos limitados. Es decir, es una reforma cara, que no se está realizando como una reforma integral orientada a alcanzar la universalidad de la seguridad social.

El sector más beneficiado con la reforma es el financiero, que está obteniendo ganancias anticipadas con los fondos de pensiones y mediante el cobro de elevadas comisiones. Esta situación, además está propiciando la concentración de estos recursos en pocas administradoras, ya que el límite son cuentas y no recursos financieros producto de éstas. Debido a que es en el sector financiero privado de algunos países latinoamericanos donde se han observado más acciones de especulación, las que en algunos casos han llegado a claras situaciones de corrupción y de fraude, se requiere de una estricta vigilancia no sólo del Estado sino de los órganos legislativos, de las representaciones de los trabajadores y de la sociedad civil.

Considerando que los efectos de toda reforma que se adopte en el sistema previsional y de pensiones serán observados en el mediano y largo plazo, es necesario diferenciar los impactos que tendrá la privatización de los fondos en el transcurso del tiempo; en un primer momento, es posible que el ahorro crezca rápidamente porque corresponderá con el periodo de acumulación del fondo. Se ha calculado que los ahorros acumulados en cuentas individuales representarán, para el año 2000, el 48.5 por ciento del PIB de Chile; el 3.1 por ciento del de Colombia; el 2.5 por ciento del de Uruguay y el 0.7 por ciento del de México. En el caso de Chile alcanzaría su máximo en el 2010 (52.8 por ciento del PIB) (BID, 1996) y en el caso de México en el 2025 (18 por ciento del PIB) (*Idem*) y de ahí comenzaría a caer, es decir estamos hablando de 30 años después de haber comenzado a funcionar.

Los límites del ahorro estarían en que una vez que los trabajadores empiecen a pensionarse bajo el nuevo régimen, los trabajadores ahorrarían el equivalente a lo desahorrado por los pensionados. Por otro lado, la única certeza de que un fondo de ahorro financiero se convierta en inversión productiva es que se haga mediante una política de inversión definida y con orientaciones estratégicas.

En relación con las posibilidades de crecimiento del ahorro, pareciera que el único que es posible que crezca es el de las empresas, gracias a las transferencias de recursos que se hará de los fondos de pensiones al sector financiero, y también las Administradoras de los Fondos de Retiro serán directamente beneficiadas.⁸

El ahorro de las familias puede seguir siendo nulo. En primer lugar por el comportamiento de los ingresos y salarios reales, y en segundo lugar porque además de su forzosa aportación al sistema privado de pensiones tienen que destinar parte de esa aportación para el pago de la administración de su cuenta individual, o lo que comúnmente se conoce como comisiones, las que se están situando en rangos *altos* que merman el ahorro de los trabajadores.

En relación con el ahorro del gobierno, ya observamos que el tránsito de un modelo de financiamiento a otro implica un costo fiscal que si no existe una regulación y vigilancia adecuada de la actuación de las administradoras de fondos pudiera significar un grave desahorro público, aunque cabe resaltar que en mercados financieros emergentes, como los latinoamericanos, aunque el ahorro previsional inyecte recursos al sector financiero se ha previsto que en los primeros años éstos se destinen en su mayor parte a la compra de títulos del Estado, acciones del mercado secundario y depósitos bancarios, que están lejos de ser inversión real.

En relación con el gasto público y el gasto social, es evidente que durante los años noventa el grueso de los países latinoamericanos han empezado a aumentar la participación del segundo en el primero. De 1990 a 1995 se observa un crecimiento importante del gasto social, del 27.5 por ciento en promedio (alrededor de 50 dólares per cápita); sin embargo apenas está llegando a la proporción que tenía en dólares per cápita en los años ochenta, y su distribución sigue siendo heterogénea y selectiva, es decir, sigue siendo centralizado su gasto y la descentralización no ha operado en la dirección que debería.⁹

Las heterogeneidades de nuestras sociedades y los grados de pobreza y marginalidad requieren ser atendidos por una política social que se apoye en un gasto público bien orientado. En algunas de las reformas observamos que éstas no anulan necesariamente el régimen

⁸ *Reforma*, Sección de negocios, 10 de octubre de 1997.

⁹ En dólares de 1987 en el periodo 1990-1991 el gasto social per cápita en México fue de 156.4 pesos, cuando en 1980 era de 200, y para 1994-1995 éste era ya de 247.3. No obstante estamos todavía muy lejos de aquellos países que tienen un alto gasto social, como Suecia, Francia o Austria, que gastan 7 200 dólares per cápita, alrededor del 31.2 por ciento del gasto público, destinado al gasto social.

de reparto,¹⁰ sino que la capitalización individual es un complemento de los beneficios definidos y se transforma en una opción para los trabajadores de mayores ingresos, de carácter voluntario en algunos casos, pues no hay presión para un ahorro forzoso.

Sin duda hay un conjunto de cuestiones que ameritan más investigación y reflexión, por ejemplo:

–Si la tendencia de la globalización es a darle una fuerte participación al sector privado y auspiciar la disminución del costo salarial, ¿hay futuro para la seguridad social en el contexto de la globalización y el neoliberalismo?

–Si las soluciones que han encontrado los reformadores son básicamente garantizar pensiones mínimas y paquetes básicos de salud, junto con la capitalización individual y el manejo privado de las aportaciones, ¿sería posible cambiar esta orientación mediante la estructuración de fondos sociales o fondos nacionales que aseguren una rentabilidad mínima, con regulación del mercado financiero, políticas de inversión y diferenciación de ingresos, fiscales y parafiscales?

–Si el razonamiento de la reforma fue de insuficiencia financiera, ¿por qué parece un círculo no necesariamente virtuoso lo que podemos observar?: privatización de los fondos de pensiones que más tarde sirven para acrecentar los mercados financieros pero que en un primer momento se destinan a financiar al Estado.

–Los paquetes básicos se refieren a intervenciones mínimas en lesiones, enfermedades y necesidades prioritarias pero no se contemplan mecanismos adecuados para fortalecer la medicina preventiva en toda su dimensión –mejores condiciones de vida y alimentación para evitar enfermedades–, y ello sólo puede ser una obligación estatal, ¿cómo plantear una política global de salud en el contexto de una red de seguridad social?

–Uno de los mecanismos que se ha introducido en la reforma a la salud es la descentralización, aspecto en el que hay mucho que avanzar ya que hasta ahora se quiere instrumentar sólo como descentralización administrativa y para que funcione se necesita que sea financiera y en la toma de decisiones: generación, gestión y distribución de los recursos de acuerdo con necesidades particulares.

–En la nueva estructura de costos se observan desventajas para las pequeñas y medianas empresas, tanto en las cotizaciones como en

los gastos que deben hacer para prevenir accidentes. Reorientar estas posibilidades se transforma en tarea prioritaria, ya que son empresas que dan cuenta de más del 60 por ciento del empleo formal en América Latina.

–En las formas de cálculo de pensiones y rentas vitalicias pudiera haber riesgos de género. Las mujeres presentan mayor esperanza de vida y pueden resultar inequitativas las pensiones si no se introducen modificaciones en su cálculo y particularmente en la edad de jubilación.

Finalmente queremos contribuir a la discusión con algunas afirmaciones y propuestas: parece evidente, dado lo que está ocurriendo y las tendencias que muestra la evolución del mercado de trabajo en los últimos años, que crecerá la proporción de trabajadores empleados en la economía informal y en la micro, pequeña y mediana empresa (una parte importante de este empleo es en realidad subempleo) con relación al total de empleados; también parece claro que crecerá la flexibilidad laboral y con ello la incertidumbre en el empleo.

De lo anterior podemos derivar algunos impactos: los salarios de la mayoría serán relativamente bajos, los trabajadores bajo régimen salarial son ya menos de la mitad en el continente y este porcentaje seguirá creciendo, por lo tanto una seguridad social sustentada en cuotas está condenada estructuralmente a ser sólo para una minoría.

Proponemos:

–Abandonar este sistema de cuotas como eje de la seguridad social, para avanzar con la posmodernidad y/o el posindustrialismo, la globalización, etcétera.

–Establecer un sistema de pensiones mínimas para todos los que cumplan 65 años. El sistema se financiaría con impuestos al consumo, a las ganancias o al capital de las empresas, y a los contratos de prestación de servicios profesionales, cualquiera que sea su naturaleza.

–Establecer un sistema complementario de capitalización individual, obligatorio, financiado con cuotas pagadas por los trabajadores bajo régimen salarial, no importando si son civiles o militares, públicos o privados (por ejemplo 5 por ciento del salario); el sistema estaría abierto a la incorporación de cualquier trabajador por cuenta propia que quiera hacerlo, se destinaría a colaborar en el financiamiento del desarrollo y su uso dependería de las prio-

¹⁰ Es el caso de Colombia, Argentina y Uruguay.

ridades de inversión que se establecieran. El Estado sólo podría utilizar estos fondos para inversión, regularía y supervisaría el sistema y sería su garante en caso de quiebra o fraude.

–Construir un sistema de salud único que enfatice la medicina preventiva, con un paquete básico de medicina curativa financiado con impuestos y reestructurando la forma de ofrecer los servicios de manera que sean expeditos y de suficiente calidad; podría incluirse selectividad y subrogación. Los sistemas complementarios quedarían como voluntarios, financiados con aportes de patrones y trabajadores o sólo de los trabajadores si lo son por cuenta propia; las normas de funcionamiento y su supervisión quedarían en manos del Estado y de los usuarios.

● Bibliografía

- AGOSIN CRESPI, Letelier, "Análisis sobre el aumento del ahorro en Chile", Documento de la Red de Centros de Investigación R-309, BID, Washington, D.C., 1997, 44 pp.
- ARANCIBIA, Juan, "La reforma de pensiones y el ahorro interno", en Osorio y Ramírez, *Seguridad e inseguridad social: los riesgos de la reforma*, IIEC-UNAM-Triana, México, 1997.
- ARROW, K., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", en *The American Economics Review*, vol. 53, núm. 5, diciembre de 1963.
- ARRAU, P., "La reforma previsional chilena y su financiamiento durante la transición", Colección de Estudios CIEPLAN núm. 32, Santiago, junio de 1991, pp. 5-44.
- BID, "Las reformas a los sistemas de pensión", en *Progreso económico y social de América Latina*, Washington, Informe de 1996, cap. 7.
- CEPAL, "La brecha de la equidad", São Paulo, 1997.
- KEYNES, J.M., *Teoría general de la ocupación y el dinero*, FCE, México, 1992.
- PROGRAMA NACIONAL DE FINANCIAMIENTO PARA EL DESARROLLO 1997-2000, Poder Ejecutivo Federal, México, 1997.
- UTHOFF, Andras, "Promoción del ahorro y los sistemas de pensiones", CEPAL, LC/R.1608, Santiago de Chile, noviembre de 1995.

Los autores

Saúl Osorio Paz. Doctor en economía, investigador del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Responsable del proyecto "Las reformas a la seguridad social en México y América Latina", PAPIIT-ES-302895, financiado por la DGAPA, ex rector de la Universidad de San Carlos en Guatemala. Su área de especialización son los temas relacionados con la deuda externa latinoamericana. Es autor de libros individuales, colectivos y de distintos artículos de revistas de circulación internacional.

Berenice P. Ramírez López. Investigadora y coordinadora del Área de Economía Mundial y América Latina del Instituto de Investigaciones Económicas. Licenciada en sociología. Maestra en estudios latinoamericanos con posgrado en desarrollo económico y estudios de doctorado en ciencias sociales. Corresponsable del proyecto, "Las reformas a la seguridad social en México y América Latina". Premio Distinción Universidad Nacional para Jóvenes Académicos 1991. Profesora de la DEP-FCP y de diversos diplomados y cursos en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, CIESS. Autora de libros y artículos relacionados con el desarrollo económico de América Latina en casas editoriales y revistas de circulación nacional e internacional.

Patricia L. Olave Castillo. Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas. Licenciada en economía, maestra en estudios latinoamericanos con doctorado en ciencias sociales (UAM-Xochimilco). Autora de diversos artículos y capítulos de libros relacionados con cuestiones del desarrollo económico y la política social latinoamericana en revistas y editoriales de circulación nacional e internacional. Su más reciente publicación es el libro denominado *El proyecto neoliberal en Chile y la construcción de una nueva economía*, coedición IIEC-El Caballito.

Luis Gutiérrez Urdaneta. Trabajó durante varios años como especialista y jefe de departamento de un complejo estatal productivo en Cuba. Se desempeñó como especialista civil de Grupo de Perfeccionamiento Empresarial de las Fuerzas Armadas. Ha sido conferencista e investigador invitado en centros académicos e instituciones nacionales así como en Estados Unidos, Canadá y países de América Latina. Es autor y coautor de varios libros: *El ajuste del Estado empresario en América latina*, Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1997; *Cuba: la reestructuración de la economía. Una propuesta para el debate*, Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1995; *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, UNAM-Triana, México, 1997. Ha escrito artículos para publicaciones nacionales y extranjeras sobre economía cubana y latinoamericana. Actualmente es investigador del Centro de Estudios sobre América (La Habana, Cuba).

Jairo Humberto Restrepo Zea. Profesor e investigador del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Economista de la misma Universidad y maestro en gobierno y asuntos públicos de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Flacso, sede de México. Autor de varios artículos e informes de investigación en temas sobre economía de la salud y la reforma colombiana a la seguridad social.

Juan Alberto Arancibia Córdova. Candidato a doctor en economía por la UNAM. Maestro en economía y planificación del desarrollo, Poscae, Honduras. Licenciado en historia por la Universidad de Chile. Investigador del Instituto de Investigaciones Económicas. Profesor del posgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, de la maestría de análisis político de la Universidad de Querétaro y de diversos cursos relacionados con seguridad social en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Autor de diversos libros y artículos relacionados con la política económica y la política social en editoriales y revistas de circulación internacional.

Leticia Felicidad Treviño Saucedo. Coordinadora titular de la Coordinación de Actuaría y Economía del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, contadora pública con estudios de maestría en administración y especialidad en finanzas en el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) y diplomado en desarrollo humano en la Universidad Iberoamericana (UIA). Ha desempeña-

do diversos cargos en el IMSS, principalmente en la delegación Zatecas, ha coordinado foros sobre la reforma a la seguridad social en Perú, Cuba, Ecuador, Guatemala y Nicaragua. Autora de diferentes artículos sobre la reforma a la seguridad social.

María Luisa Mussot L. Doctora en sociología por la Universidad Católica de Lovaina, Lovaina la Nueva, Bélgica. Investigadora de tiempo completo en la Sección de Metodología y Teoría de la Ciencia del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (Cinvestav). Principales publicaciones: (coord.), *Alternativas de reforma de la Seguridad Social*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Fundación Friedrich Ebert, 1996, 243 pp. "Heterogeneidad estructural e integración social: dos premisas para una política social alternativa", en Asa Cristina Laurell (coord.), *Hacia una política social alternativa*, Fundación Friedrich Ebert e Instituto de Estudios de la Revolución Democrática, México, 1996, "México: la estrategia social del nuevo milenio", en *Globalismo y geopolítica en América Latina y el Caribe*, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, México (de próxima aparición).

Carolina Tetelboin Henrion. Doctora en ciencias sociales por la Universidad Iberoamericana. Profesora investigadora titular de la maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Varias publicaciones en la línea del Estado, políticas sociales y servicios de salud. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, SNI.

Rocío Santoyo-Vistrain. Economista con maestría en administración económica y financiera en servicios de salud por la Universidad de Birmingham, Inglaterra; jefa de la División de Informática Médica y Desarrollo de la Coordinación de Salud en el Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro social, con quien ha colaborado desde 1973. Fundadora de la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud BM-OPS-CIESS; asesora del Programa de Economía y Financiamiento de la Salud para México y Centroamérica, CIESS-Reino Unido, referente a proyectos vinculados con las reformas de los seguros sociales.

Héctor Ogaz. Maestro en Demografía por El Colegio de México, pasante de la maestría en Economía por la Facultad de Economía de la UNAM. Actualmente presta sus servicios en la Coordinación de Planeación de la Dirección de Finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Odilia Ulloa Padilla. Licenciada en Economía por la Universidad Autónoma de Guerrero y pasante de la maestría en Economía de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México. Conferencista y autora de artículos relacionados con los temas de salud y seguridad social en revistas y diarios de circulación nacional. Actualmente es asesora de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión de la LVII Legislatura.

I ndice

	<i>Pág.</i>
PRÓLOGO	5
<i>Álvaro Carranza Urriolagoitia</i>	
INTRODUCCIÓN	11
<i>Berenice P. Ramírez y Juan Arancibia Córdova</i>	
TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DEL PROCESO DE REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA	19
<i>Juan Arancibia Córdova y Berenice P. Ramírez</i>	
¿ALTERNATIVAS EN SEGURIDAD SOCIAL?	57
<i>Carolina Tetelboin Henrion</i>	
LA REFORMA PENSIONAL EN AMÉRICA LATINA. APUNTES PARA LA CRÍTICA DESDE LA IZQUIERDA	85
<i>Luis Gutiérrez Urdaneta</i>	
HACIA UNA ALTERNATIVA DE REFORMA AL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD DEL IMSS	101
<i>Ma. Luisa Mussot</i>	
EL SISTEMA COLOMBIANO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: ¿EJEMPLO A SEGUIR?	125
<i>Jairo Humberto Restrepo Zea</i>	
PRIVATIZACIÓN, BIENESTAR Y EQUIDAD: EL CASO DE LA REFORMA DE SALUD EN CHILE	171
<i>Patricia Olave</i>	

	Pág.
UNA MIRADA AL SISTEMA DE PENSIONES PRIVADO: EL SAR Y LA INDUSTRIA FINANCIERA DE LAS AFORE	197
<i>Odilia Ulloa Padilla</i>	
LAS AFORES Y EL MERCADO FINANCIERO: RETOS Y ESTRATEGIAS DE INVERSIÓN	253
<i>Leticia Felicidad Treviño Saucedo</i>	
LA REFORMA DEL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO EN MÉXICO	279
<i>Rocío Santoyo-Vistrain y Héctor Ogaz Pierce</i>	
APRECIACIONES GENERALES SOBRE LAS REFORMAS AL SISTEMA DE PENSIONES EN GUATEMALA	301
<i>Saúl Osorio Paz</i>	
LOS SISTEMAS INFORMALES DE SEGURIDAD SOCIAL: EXPERIENCIAS EN MÉXICO Y EL ISTMO CENTROAMERICANO	317
<i>CEPAL-México</i>	
A MANERA DE CONCLUSIÓN	337
<i>Berenice P. Ramírez y Juan Arancibia Córdova</i>	
LOS AUTORES	349

La seguridad social: reformas y retos
se terminó de imprimir en la ciudad de México
durante el mes de febrero de 1999. La edición en papel
de alta opacidad consta de 1 000 ejemplares más sobrantes
para reposición y estuvo al cuidado de la oficina litotipográfica
de la casa editora.

